Nr. 42 17. października 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Towarzystwu Lekarskiemu Częstochowskiemu przy sposobności przypadającego w dniu 17 października 1926 r. Jubileuszu 25 letniego istnienia składa Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej swój hołd i życzenia dalszego rozwoju w duchu Założyciela Towarzystwa, którego życiorys poniżej umieszczamy.

WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI

Władysław Biegański urodził się dnia 28 kwietnia 1857 r. w W. Ks. Poznańskiem, w miasteczku Grabowie z ojca Tomasza i matki Bibianny z Danielowiczów. W wieku dziecięcym nie odznaczał się przedwczesnym rozwojem umysłowym i nie różnił się wiele od swych rówieśników. Początkowo uczył się w szkole prywatnej, a w r. 1867 oddano go do szkoły średniej w Piotrkowie, gdzie ojciec jego, ślusarz z zawodu, przeniósł się dla chleba. W niższych klasach gimnazjalnych uczył się średnio, szczególnych uzdolnień nie zdradzał, miał tylko zawsze predylekcję do geografji. Zamiłowanie do tego przedmiotu trwało całe życie i znał go B. doskonale. Dopiero w kl. VII i VIII zaczął zwracać na siebie uwagę kolegów i nauczycieli, a jego zadanie maturalne — oczywiście rosyjskie — stało się głośne w całym Piotrkowie.

Po ukończeniu gimnazjum wahał się w wyborze zawodu pomiędzy inżynierją i medycyną. W rezultacie wstąpił na wydział lekarski uniwers. warszawskiego. Pracy obowiązkowej oddawał się tam z umiarkowaniem, studjował natomiast poważnie filozofję, rozczytywał się w literaturze pięknej, uczył się na pamięć Mickiewicza, Szekspira, Heinego.

W tym okresie ujawnił się wyraźnie popęd twórczy B.: zaczął pisać. Posłał jakieś impresje literackie do „Prawdy", jakąś pracę filozoficzną do „Ateneum" i wreszcie na piątym roku studjów wziął udział w konkursie, ogłoszonym przez wydział filozoficzny uniwers. warsz. i napisał rozprawę na temat „Porównanie nauki o ideach Locka i Leibnitza". Otrzymał za nią wzmiankę zaszczytną. Lata uniwersyteckie B. były naogół chmurne, pozbawione młodzieńczej beztroski. Mroczyły je z jednej strony brak zdrowia — B. pochodził z rodziny, obciążonej usposobieniem do gruźlicy — a z drugiej bieda.

To też gdy wr. 1883 otrzymał dyplom, znalazł się na rozdrożu. Miał ochotę poświęcić się psychjatrji, nęciły go studja filozoficzne, ale brak środków materjalnych roztrzygnął sprawę inaczej. Pojechał do Rosji na posadę lekarza ziemskiego i spędził blisko dwa lata w zapadłym kącie gub. Kałuskiej, na wsi, w warunkach życia gorzej niż prymitywnych. Tutaj odczuł głęboko swe niedostateczne przygotowanie do praktyki lekarskiej i zabrał się gorliwie do nauki; przez długie miesiące nie odrywał się od książek i pism lekarskich.

Wskutek zatargu z władzami, podał się B. do dymisji, a że udało mu się zaoszczędzić w Rosji trochę grosza, pojechał stamtąd, po krótkim pobycie w kraju — na dalsze studja zagranicę: do Berlina i Pragi. Pracował tam podczas rocznego prawie pobytu całą duszą i wiele się nauczył; przytem oprócz nabytej wiedzy zdobył jeszcze dwie rzeczy cenne: gruntowną znajomość Niemców i Czechów oraz poszanowanie, powiem więcej, kult dla każdej bez wyjątku porządnej i uczciwej pracy. Z Berlina ogłosił też drukiem dwa pierwsze artykuły w „Gaz. Lekarskiej".

Po powrocie do kraju, w końcu r. 1883 osiadł B. odrazu na stałe w Częstochowie i odtąd życie jego płynęło tu głębokim, bogato wezbranym nurtem przez lat 34. Rozpoczęła się usilna praca zawodowa i naukowa. Objął najpierw posadę lekarza w szpitalu N. M. P., gdzie uczył się sam i uczył innych, a potem posadę lekarza kolejowego i fabrycznego. Wszystkie te posady opuścił pomiędzy r. 1897 i 1910. O praktykę prywatną nigdy nie zabiegał, ponieważ jej wahania i niespodzianki burzyły mu porządek życia, niezbędny dla pracy naukowej. W r. 1885 ożenił się z Mieczysławą Rozenfeldówną, córką miejscowego urzędnika kolejowego.

W Częstochowie rośnie stopniowo sława B. jako znakomitego praktyka-djagnosty i potężnieje jego myśl twórcza, żłobi sobie własną, konsekwentną drogę, z której B. w całem swem życiu nie zbacza. Zaczyna corocznie ogłaszać liczne artykuły i rozprawy w pismach lekarskich polskich i niemieckich, a w r. 1891 wydaje pierwsze obszerne dzieło: „Djagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych". Książka ta, poczytana narazie przez starsze koła lekarzy warszawskich za wyraz młodego zuchwalstwa, wsławiła imię B. w całym kraju i doczekała się w lat niespełna 10 trzech wydań.

Praca wyłącznie lekarska trwała lat 10, do r. 1893, poczem — odkąd B. zamierzył napisać „Logikę medycyny" i powrócił do zaniedbanych studjów filozoficznych — twórczość lekarska i filozoficzna splata się z sobą wzajemnie. Powstają kolejno prace z jednej i drugiej dziedziny: „Zagadnienia ogólne z teorji nauk lekarskich", „Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych", „Zasady logiki ogólnej" i t. d.

R. 1903, w którym ukazały się „Zasady logiki ogólnej" staje się w twórczości B. przełomowym. Jakkolwiek pisarz ten od początku zdradzał dążność do filozoficznego ujęcia przedmiotu i ściśle logicznych metod wnioskowania, teraz dopiero, w ostatniem 15-leciu swego życia, wkracza na grunt czystej filozofji i pozostaje jej wierny. Związku z medycyną wprawdzie nie zrywa i śledzi czujnie za jej postępem, ale twórczość jego dotyczy głównie logiki, etyki i filozofji przyrody. W r. 1907 wydaje po raz drugi „Logikę medycyny", tłumaczoną w r. 1909 na język niemiecki, w 1910 „Traktat o poznaniu i prawdzie", w 1912 „Teorję logiki", odznaczoną nagrodą Natansona, w 1914 „Teorję poznania" ulubioną swą pracę, owoc długoletnich i żmudnych badań.

W r. 1914 w lipcu otrzymuje B. zaproszenie do objęcia katedry filozofji w Krakowie. Propozycja ta nęci go, bo choć skromny z natury, tak, jak tylko prawdziwy mędrzec skromnym być może, wie, że uczyć umie. Odmawia jednak, albowiem przyszła zapóźno. B. od roku mniej więcej 1900 cierpiał na serce i choroba powoli, lecz stale postępowała. Obawia się więc przy złym stanie swego zdrowia brać na barki nowe, uciążliwe obowiązki, tembardziej, że działalność pedagogiczną stawia wysoko i dużo od niej żąda.

Wybuch wielkiej wojny podkopał ostatecznie zdrowie B. i zburzył jego równowagę duchową. Groza chwili zasłoniła mu sobą wszystko na świecie; nic poza nią nie widział. On, dla któ-

rego tworzenie było od lat wielu najistotniejszą potrzebą duszy, przez pół roku nie pisze, czyta tylko dzienniki, rozważa sytuację, studjuje komunikaty, ogląda mapy. W więzach okupacji dusi się i traci nadzieję. Dopiero na początku r. 1915 zdołał oderwać się od smutnej rzeczywistości i prawem kontrastu zwrócił się do zagadnień etycznych, któremi zresztą oddawna się zajmował. Zaczyna pisać ostatnie swe dzieło — „Etykę ogólną". Praktykę ogranicza do koniecznego minimum i oddaje się bezpodzielnie ulubionej pracy. Pisze z wytężeniem, tak, jak nigdy. Długie godziny spędza przy biurku, spieszy się, powtarza często, że nie zdąży. Zdążył jednak: w grudniu 1916 r. książka była gotowa do druku i autor z radością niewymowną przeglądał, przepisywał, poprawiał niestrudzenie swój rękopis. Podczas tej pracy właśnie, dn. 29 stycznia 1917 r. zaskoczył go atak dusznicy bolesnej, tak jak jego książka, ostatni.

Obraz życia B. byłby niepełny, gdybyśmy nie wspomnieli, że przez długi czas brał także w częstochowskim ruchu oświatowo-społecznym, gorący udział. Powołał do życia częstoch. Tow. Lekarskie (r. 1901) i był jego prezesem do śmierci; był współtwórcą i prezesem Tow. Dobr. dla chrześcijan, częstoch. oddziału Tow. Higjenicznego i Tow. Krajoznawczego. Za jego staraniem i pod jego kierunkiem powstało Muzeum Krajoznawcze oraz został opracowany „Przewodnik po Częstochowie i okolicy". Prócz tego prowadził przez jedno półrocze wykłady logiki na kursach samokształcenia i dwukrotnie, w r. 1906 i 1915 uczył logiki w pierwszej męskiej szkole średniej polskiej, ufundowanej przez społeczeństwo częstochowskie.

* * *

B. pozostawił krótki urywek biograficzny, zakończony słowami: „.... sam się nie raz dziwię, jak mi się udało pogodzić wyczerpującą praktykę lekarską z systematyczną, poważną pracą naukową".

Jeżeli on sam zdumiewał się, ilekroć próbował ogarnąć myślą całość swego działania, to cóż dopiero mówić o innych? Nikt, literalnie nikt nie mógł pojąć, skąd ten dziwny człowiek, w gruncie rzeczy wątły, słabowity, czerpie siły do pracy, zakrojonej na iście tytaniczną miarę; w jaki cudowny sposób potrafi zmieniać rozciągłość czasu? Odpowiedź na te pytania jest trudna. A im dalej odejdziemy od B., tem trudniej będzie ją znaleźć nawet tym, którym dane było oglądać zbliska ogrom tego niepospolitego żywota.

Częstochowa 18. września 1926.

M. B.

Spis prac naukowych Władysława Biegańskiego.

I. Prace lekarskie.

1. Prace kazuistyczne.

1. Przypadek hemiathetoseos post monoplegiam. Gaz. Lek. 1883.
2. Przyczynek do symptomatologji zboczeń mowy. Gaz. Lek. 1883.
3. O porażeniach arsenowych. Medycyna 1884.
4. O naczynioruchowem oddziaływaniu skóry i sztucznej pokrzywce. Medyc. 1885.
5. Przyczynek do ejologii odmy piersiowej. Medyc. 1885.
6. Nieżytowe czy śródmiąższowe zapalenie płuc? Gaz. Lek. 1885.
7. Jeszcze w kwestji zapalenia płuc nieżytowego i śródmiąższowego. Gaz. Lek. 1886.
8. Przypadek rozsianego zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskokiem. Gaz. Lek. 1887.
9. W kwestji rokowania przy krwotokach kiszkowych w durze brzusznym. Gaz. Lek. 1887.
10. Z kazuistyki chorób układu nerwowego. Medyc. 1890.
11. Przyczynek do nauki o nerwicach urazowych. Nowiny Lek. 1891.
12. Mięsak limfatyczny uogólniony i stosunek jego do wrzekomej białaczki. Nowiny Lekarskie 1892.
13. Porażenie połowiczne, postępujące nerwów mózgowych. Przegląd Lek. 1894.
14. Samoistne przykurczanie palców Dupuytren'a, jako sprawa troficzna pochodzenia rdzeniowego. Medyc. 1894.
15. Die Spontane Contractur der Finger von Dupuytren als ein trophischer Process centralen Urspunges. Deutsche medizin. Wochenschrift. 1895.
16. Napady padaczkowe w stwardnieniu tętnic jako objaw zaburzeń cyrkulacyjnych. Przegl. Lek. 1896.
17. Symetryczne wysypki przy zakażeniu septycznem. Now. Lek. 1896.
18. (z Wrześniowskim). Przyczynek do chirurgicznego leczenia chorób mózgu. Medyc. 1896.
19. Przedstawienie przypadku: a) ze zesztywnieniem kręgosłupa i b) przedstawienie przypadku choroby mózgowej o trudnem do rozpoznania umiejscowieniu. Czasopismo Lekarskie. 1902.
20. Przypadek mięsaka mostka. Czas. Lek. 1902.
21. O zgorzeli kończyn w przebiegu chorób zakaźnych. Czas. Lek. 1903.
22. Przedstawienie dwuletniego chłopca, dotkniętego chorobą Little'a. Czas. Lek. 1904.
23. Pokaz chorego z neuroma multiplex. Czas. Lek. 1906.
24. Przypadek sclerosis dissiminata. Czas. Lek. 1908.
25. Pokaz dziecka z objawami tężyczki i pokaz chorej z twardzielą nosa. Przegl. Lek. 1910.
26. Przypadki porażenia typu Heine-Medina i porażenie mózgowe. Przegl. Lek. 1912.
27. Morbus coeruleus. Przegl. Lek. 1912.
28. Przypadek wzrostu olbrzymiego u 14-letniego chłopca. Przegl. Lek. 1913.

2. Prace kliniczne.

29. O rokowaniu w zapaleniu płuc włóknikowem. Medyc. 1886.
30. O naczynioruchowem oddziaływaniu skóry u przymiotowych. Medyc. 1886.
31. O opukiwaniu półksiężycowej przestrzeni Traubego. Medyc. 1887.
32. Moczopędne działanie przetworów rtęci. Gaz. Lek. 1887.
33. Ueber die diuretische Wirkung der Quecksilberpräparate. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1887.
34. Doświadczenia kliniczne nad działaniem Salolu. Medyc. 1888.
35. Przyczynek do rozpoznawania wysięków prawostronnych opłucnej. Przegl. Lek. 1888.
36. O leczeniu zapalenia opłucnej przetworami salicylowemi. Gaz. Lek. 1889.
37. O stwardnieniu tętnic. Wykł. klin. W Rozpr., Kraków 1891.
38. Zmiany krwi pod wpływem przymiotu i leczniczych dawek przetworów rtęci. Przegl. Lek. 1891.
39. Kilka uwag o bredzeniu pogorączkowem w przebiegu chorób zakaźnych. Medyc. 1891.
40. Kilka uwag o biegunce pochodzenia nerwowego. Medyc. 1891.
41. O marskości płuc. Wykł. klin. w Rozpr., Kraków 1892.
42. Ueber die Veraenderungen des Blutes unter dem Einfluss von Syphilis und pharmakologischen Gaben der Quecksilberpräparate. Arch. f. Derm. u. Syph. 1892.
43. Kilka uwag z powodu ostatnich prac naszych autorów o t. zw. habitualnem czyli nawykowem zaparciu stolca. Medyc. 1892.
44. Leukocytoza w zapaleniu płuc włóknikowem. Przegląd Lek. 1893.
45. Niedomoga mięśni w stwardnieniu tętnic. Medyc. 1893.
46. Przyczynek do różniczkowego rozpoznawania ropni podprzeponowych. Medyc. 1893.
47. Leukocytose bei der crouposer Pneumonie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1894.
48. Uwagi nad dusznicą bolesną. Medyc. 1894.
49. O skrytych postaciach zakażenie septycznego. Medyc. 1894.
50. O leczeniu djatezy moczanowej. Gaz. Lek. 1900.
51. Przykurczenia ostatnich palców u rąk, spotykanych u ludu naszego. Czas. Lek. 1904.
52. Tegoroczna epidemia gośćca stawowego. Czas. Lek. 1904.
53. O ciśnieniu osmotycznem. Czas. Lek. 1904.
54. O cytolizie, aglutynacji i precipitacji. Czas. Lek. 1904.
55. Finsen i jego zasługi. Czas. Lek. 1905.
56. O chorobach zakaźnych w Częstochowie. Czas. Lek. 1906.
57. O zapaleniu nagminnem opon mózgowych. Czas. Lek. 1906.
58. O opsoninach. Czas. Lek. 1906.
59. O djagnostyce funkcjonalnej serca. Czas. Lek. 1908.
60. O djagnostyce funkcjonalnej żołądka i kiszek. Czas. Lek. 1908.
61. W sprawie profilaktyki osobistej w durze wysypkowym. Medyc. 1910.
62. O roli tętnic w obiegu krwi. Przegl. Lek. 1911.
63. O działaniu adrenaliny. Przegl. Lek. 1911.
64. O stosowaniu soli wapiennych w lecznictwie współczesnem. Medyc. 1913.

65. Stosowanie sedobrolu w padaczce. Przegl. Lek. 1913.
66. O rozpoznawaniu i przebiegu klinicznym włośnicy. Przegl. Lek. 1914.
67. Uwagi ogólne o stanach gorączkowych przewlekłych ukrytego pochodzenia. Przegl. Lek. 1914.

3. Prace w sprawach sanitarnych i zawodowych.

68. Listy z wystawy higjenicznej w Berlinie. Gaz. Lek. 1883.
69. Opis sanitarny fabryki worków jutowych w Błesznie. Zdrowie 1887.
70. O zakładaniu pracowni klinicznych mikroskopowo-chemicznych przy szpitalach prowincjonalnych. Kronika Lekarska. 1891.
71. Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej (tylko aforyzmy). Krytyka Lekarska 1897 i 1898.
72. Kilka uwag o praktyce lekarskiej wśród ludu naszego. Czas. Lek. 1900.
73. O zadaniach Towarzystw lekarskich prowincjonalnych. Czas. Lek. 1901.
74. O pracy naukowej lekarzy prowincjonalnych. Kryt. Lek. 1902.
75. Sprawa praktyki lekarskiej ludowej. Zdrowie 1903.
76. Gruźlica u Żydów. Czas. Lek. 1904.
77. Obrady w sprawie pomocy lekarskiej fabrycznej w Częst. Tow. Lek.. Czas. Lek. 1903.
78. Organizacja ziemskiej pomocy lekarskiej. Czas. Lek. 1906.
79. Co i jak lekarz czytać powinien? Czas. Lek. 1908.
80. O pracy naukowej lekarza prowincjonalnego. Przegląd Lek. 1911.
81. Kilka uwag w sprawie etyki zawodowej lekarskiej. Medyc. 1914.

4. Podręczniki.

82. Djagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. Wyd. Gaz. Lek. 1891, str. 585.
To samo. Wyd. 2-gie, z dodatkiem chorób górnego odcinka dróg oddechowych. A. Sokołowskiego. Wyd. Gaz. Lek. 1896, str. 898.
To samo. Wyd. 3-ie ponownie opracowane. Nakł. autorów 1903, str. 792.
83. Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. T. I. Warszawa 1900, str. 514. T. II. 1901, str. 619.
(Za 2-gie wydanie można uważać „Choroby zakaźne, opracowane za pomocą dzieła Wł. Biegańskiego i uzupełnione ostatniemi badaniami przez D-ra Wilczyńskiego“ w dziele zbiorowem prof. W. Jaworskiego: „Nauka o chorobach wewnętrznych“. Kraków 1905. T. I., str. 249—443).

5. Prace z medycyny teoretycznej i z pogranicza medycyny, biologji i filozofji.

84. Stan spółczesny polskiego piśmiennictwa lekarskiego. Ateneum. 1892.
85. Życie i rola białego ciałka krwi. Medyc. 1892.
86. Medycyna i filozofja. Medyc. 1896.
87. Spółczesna kazuistyka lekarska przed sądem logiki. Medyc. 1896.
88. Zdrowie i choroba z biologicznego punktu widzenia. Kryt. Lek. 1899.
89. Główne prądy w medycynie XIX w. Kryt. Lek. 1901.
90. Życiorys Dawida Wasserzuga. Kryt. Lek. 1898.
91. Stanowisko Virchowa w historji medycyny. Now. Lek. 1901.
92. Kilka uwag o ruchu krytyczno-filozoficznym w naszej literaturze i o pracy Biernackiego: „Zasady poznania lekarskiego“. Przegl. Lek. 1902.
93. Wstęp do historji medycyny. Poradnik dla samouków. T. I. Wyd. II.
94. Sprzeczne kierunki w biologji: Mechanizm i witalizm. Księga zbiorowa „Myśl“ 1901.
95. Neowitalizm w spółczesnej biologji. Kryt. Lek. 1904.
96. Neovitalismus in der modernen Biologie. Oswalds Annalen der Naturphilosophie 1904.
97. O celowości w zjawiskach patologicznych. Kryt. Lek. 1905.
98. Ueber die Zweckmässigkeit in den pathologischen Erscheinungen. Ostwalds An. Naturphil. 1905.
99. Medycyna wewnętrzna u nas na schyłku XIX w. Now. Lek. 1905.
100. Wspomnienie pośmiertne o Adolfie Erlickim. Czas. Lek. 1903.
101. List otwarty do wszystkich kolegów, którzy wzięli udział w moim obchodzie jubileuszowym. Czas. Lek. 1905.
102. Pojęcie przyczynowości w biologji. Kryt. Lek. 1906.
103. Uwagi krytyczne nad klasyfikacją chorób. Kryt. Lek. 1907.
104. O nowych podręcznikach historji medycyny. Medyc. 1910.
105. O przesądach w medycynie. Tygodnik Lekarski. Lwów. 1910.
106. Teleologja a witalizm. Tyg. Lek. Lwów. 1910.

II. Prace filozoficzne.

107. Rozpoznawanie jako metoda logiczna. Ateneum 1904.
108. Logika medycyny czyli zasady ogólnej metodologji nauk lekarskich. Warszawa. Wyd. z zap. Kasy im. Mianowskiego 1894, str. 165.
Logika medycyny czyli krytyka poznania lekarskiego. Wyd. 2-gie na nowo opracowane, 1908, str. 267.
Medizinische Logik. Kritik der aerztlichen Erkenntnis. Würzburg (A. Stubers Verlag), 1909, str. 237.
109. Zagadnienia ogólne z teorji nauk lekarskich. Warszawa. Wyd. z zap. Kasy m. Mianowskiego, 1897, str. 304.
110. Myślenie logiczne a kojarzenie wyobrażeń. Przegląd filozoficzny 1897.
111. Geneza pojęć. Przegl. fil. 1899.
112. Myśli i aforyzmy o Etyce lekarskiej, 1899, str. 91 (por. Nr. 71).
113. Istota sądu. Przegl. fil. 1900.
114. Zasady logiki ogólnej. Wyd. z zap. Kasy im. Mianowskiego. Warszawa, 1903, str. 406.
115. Podręcznik logiki i metodologji ogólnej dla szkół średnich i samouków. Wyd. nakł. Wendego i Sp. Warszawa-Lwów, 1907, str. 216.
Podręcznik logiki ogólnej dla szkół średnich i samouków. Wyd. 3-cie, nanowo opracowane nakł. Wendego i Sp. Warszawa-Lwów, 1916, str. 132.
116. O współczesnej filozofji przyrody. Przegl. fil. 1907.
117. O wnioskowaniu indukcyjnem. Przegl. fil. 1907.
118. Analogja i jej znaczenie w badaniu naukowem. Przegl. fil. 1907.
119. O filozofji Mickiewicza. Przegl. fil. 1907.
120. Wnioskowanie z analogji. Wyd. Polskiego Tow. Filozoficznego. Lwów 1909, str. 82.
121. Traktat o poznaniu i prawdzie. Wyd. z zap. Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1910, str. 230.
122. Prewidyzm i pragmatyzm. Przegl. fil. 1910.
123. Neo-Teleologja. Sprawozdania Warsz. Tow. Naukowego 1910.
124. Czem jest logika? Sprawozd. W. T. N. 1910.
125. Metodyka teleologji. Sprawozd. W. T. N. 1910.
126. Sposobowość logiczna w świetle algebry logiki. Sprawozdanie W. T. N. 1912.
127. Teorja Logiki. Wyd. z zap. Kasy im. Mianowskiego. Warszawa, 1912, str. 641.
128. Czwarta postać wnioskowania z analogji. Sprawozd. Warsz. Tow. Nauk. 1913.
129. O filozofji fikcji Vaihingera. Przegl. fil. 1913.
130. Teorja poznania ze stanowiska celowości. Wyd. z zap. Kasy im. Mianowskiego. Warszawa, 1914, str. 328.
131. Etyka ogólna. Wyd. z zap. Kasy im. Mianowskiego. Warszawa, 1918, str. 368.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Leon WANDER. Kraków.

O odczynach kolloidowych (o. benzoesowy i o. mastixowy) w płynie mózgowo rdzeniowym*).

Z oddziału chorób nerwowych i umysłowych szpitala św. Łazarza w Krakowie, prymarjusz doc. Dr. Artwiński, i z pracowni oddziału chorób zakaźnych, prymarjusz doc. Dr. Kostrzewski.

I.

Odkrycie Lange'go w r. 1912 dotyczące kolloidowego odczynu złota w płynie m.-rdzeniowym zdawało się rozstrzygnąć kwestję różniczkowego rozpoznania schorzeń ośrodka układu nerwowego, przynajmniej odnośnie do chorób pochodzenia kiłowego.

Jasne jednak horoskopy nie spełniły się a zamierzenia i programy autora musiały ulec redukcji. Dotychczas bowiem nie udało się ustalić jednolitego i skutecznego przepisu dla sporządzenia odpowiedniego odczynnika, i nie osiągnięto krzywych bezwzględnie swoistych dla różnych schorzeń.

I chociaż ogólnie przyznaje się tej reakcji kolloidowej niepoślednie zalety, jako to: wielką wrażliwość na zmiany w płynie m.-rdzeniowym, daleko posuniętą swoistość i zapotrzebowania niewielkiej tylko ilości płynu m.-rdzeniowego, to przecież niesłychanie trudna technika sporządzenia odpowiedniego odczynnika i nierównomierność przez to wyników u wielu badaczy, zmusiła do szukania innych odczynów kolloidowych.

Wybrano do prób odczyn z żywicą będźwinowa autorów francuskich i odczyn z żywicą mastixową w modyfikacji barwnej Kafki. Odczyny te według Guillaina, Laroche'a i Léchelle'a z jednej strony a Thurzó i i. z drugiej, mają stać nawet wyżej od odczynu złota.

Po tych wstępnych uwagach przechodzę do własnych badań.

Odczyn z żywicą będźwinową (sjamską niesproszkowaną) wykonywano według oryginalnego sposobu autorów w 16 probówkach i w formie zmodyfikowanej t. j. w 12 i 6 probówkach.

Przygotowawszy sobie każdorazowo świeży odczynnik będźwinowy przez równomierne dodawanie kroplami 0,3 cm^3 10% alkoholowego rozczynu żywicy będźwinowej do 20 cm^3 wody wyjałowionej a ogrzanej do 35° C, rozcieńczaliśmy w probówkach płyn m.-rdzeniowy od 1/4 do 1/16384 za pomocą 1‰ rozczynu NaCl. Potem do każdej próbówki dodawano 1 cm^3 przygotowanego uprzednio odczynnika benzoesowego i odczytywano wynik odczynu po 24 godzinach.

W ostatniej próbówce kontrolnej mieliśmy zawsze tylko sól kuchenną i odczynnik benzoesowy.

Co się tyczy odczynu mastiksowego to z wielu względów nie stosowaliśmy oryginalnej metody Emanuela, lecz barwną modyfikację Kafki, która usunęła wielkie możliwości błędów tej ostatniej przez ustalenie czasu mieszania rozczynu mastiksowego z alkoholem absolutnym, oznaczenie czasu dojrzewania, dodanie węglanu sodowego (co pozwoliło na wytwarzanie się jednolitej krzywej) i wreszcie przez dodanie Sudanu III, który umożliwił łatwiejsze odczytywanie wyników. Normosalu nie używaliśmy, lecz sami sporządzaliśmy sobie rozczyn soli kuchennej z odpowiedniem mianem. Nie stosowano też rozcieńczenia 3/4.

Naprzód przygotowywano sobie odczynnik mastiksowy przez wlewanie kroplami mieszaniny 8,5 cm^3 alkoholu absol. i 0,5 cm^3 10%-alkoholowego rozczynu sudanu III w ciągu 50 sekund do 40 cm^3 wody destylowanej i wyjałowionej i dodanie 0,4 cm^3 0,5% *natrii carbonici,* poczem odstawiano tak przygotowaną zawiesinę żywicy mastiksowej na 1/2 godziny do ciemni dla „dojrzenia". Następnie w 12 próbówkach (12-ta kontrolna bez płynu m.-rdz.) rozcieńczano płyn m.-rdz. solą kuchenną, której miano uprzednio znaleziono we wstępnej reakcji solnej (zazwyczaj 0,5%) od 1/1 do 1/1000 i w końcu do każdej próbówki dolewaliśmy po 0,5 cm^3 przyrządzonego odczynnika.

Próbówki zatykano watą i odczytywano wyniki po 24 godzinach.

II.

A. Grupa schorzeń kiłowych.

1. Paralysis progressiva.

ilość płynów m.-rdz.	Odczyn benz. +	benz. −	mast. +	mast. −	Wass. +	Wass. −	Nonne Appelta +	Nonne Appelta −	Pleoc.**) +	Pleoc.**) −	Odczyn Pandy'ego +	Odczyn Pandy'ego −
30	27	3	27	3	27	3	25	5	19 (na 25 badanych)	6	29	1

*) Odczyt wygłoszony na „Zjeździe lekarzy i przyrod." w Warszawie 1925.

**) Pleocytozę powyżej 5 ciałek białych w 1 mm^3 oznaczaliśmy znakiem +.

Jak z tablicy powyższej wynika były odczyny kolloidowe tak, jak i o. Wassermanna w płynie m.-rdz. w 90% dodatnie, jednakże w jednym przypadku były one dodatnie przy Wassermannie ujemnym, natomiast w drugim przypadku było odwrotnie, mianowicie odczyny kolloidowe ujemne przy Wassermannie dodatnim.

Rozbieżność więc była minimalną.

Zaznaczam, że tak zwaną typową benzoesową krzywą paralityczną znaleziono tylko w 74% a mastiksową w 70%. Większość chorych, przebyła potem leczenie zimnicą, po którem jednak nie stwierdzono, jakoby chorzy u których otrzymaliśmy poprzednio krzywą charakterystyczną dla *lues cer.-spin.* mieli lepsze rokowanie, względnie wykazali się większą jakąś poprawą kliniczną w porównaniu z chorymi, u których w płynach odczyny koloidowe dały typową krzywą dla porażenia postępującego.

Ze względu na trudność wywiadów nie można było wydobyć z chorych szczegółów, tyczących się uprzedniego leczenia swoistego i związku z tem zbadać zależność typu krzywej od leczenia, jednakowoż w tych przypadkach (5) w których stwierdzono brak leczenia przeciwkiłowego, wypadły krzywe koloidowe typowe dla porażenia postępującego za wyjątkiem jednego przypadku, gdzie wszystkie odczyny w płynie (też Wassermann) były ujemne.

2. Tabo-paralysis.

Badano płynów pięć. Oba odczyny kolloidowe były we wszystkich płynach dodatnie o typowej krzywej dla porażenia postępującego. Również wszystkie inne odczyny były bardzo silnie dodatnie. Najczęstszy typ krzywej benzoesowej był 12222210000 k. a mastixowej XI, XII, XII, VIII, VII, VI, VI, VI, VI, I, I k.

3. Porażenie postępujące leczone zimnicą (in remissione).

ilość płynów	o. benzoës krzywa pp.	o. benzoës krzywa lues	o. benzoës atyp.	o. benzoës neg.	o. mastix. krzywa pp.	o. mastix. krzywa lues	o. mastix. atyp.	o. mastix. neg.	Odczyn Wass. +	Odczyn Wass. −	Odczyn N. Appelta +	Odczyn N. Appelta −	Pleoc. +	Pleoc. −	Odczyn Pandy'ego +	Odczyn Pandy'ego −
17	3	7	1	6	6	4	1	6	11	6	11	6	2 (na 15 badanych)	13	17	—

Znalezienie w 11 przypadkach dodatnich krzywych kolloidowych nie pokrywa się naturalnie z 11 przypadkami w których znaleziono odczyn Wass. dodatnim.

W 9 płynach były dodatnie krzywe kolloidowe zgodne z dodatnim o. Wass. a w 3 ujemne kolloidowe zgodne z ujemnymi o. Wass. — W tych 9 dodatnich odczynach kolloidowych zaznaczyła się ciekawie rozbieżność pomiędzy typami krzywych kolloidowych a mianowicie odczyn benzoesowy dał krzywą por. post. tylko dwa razy, natomiast krzywą kiły m.-rdz. sześć razy i jeden raz atypową, zaś o. mastixowy pięć krzywych por. post., 3 krzywe kiły m.-rdz. i jedną krzywą atypową. Zdawałoby się, że fakt ten (zwłaszcza odnośnie do o. benzoesowego) może mieć niesłychanie ważne znaczenie dla rokowania.... gdyby wyniki te znalazły potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych. Jak dotąd jednak nie zauważyliśmy u chorych naszych jakiegokolwiek związku pomiędzy stanem poprawy a krzywą kiły m.-rdz. względnie p. p. w odczynach kolloidowych. Stąd i rzucająca się w oczy cyfra krzywych kiły m.-rdz. w odczynie benzoesowym (sześć) wobec o. mastixowego (trzy) nie może mieć na razie większego znaczenia.

W pozostałych pięciu płynach był w 2 przypadkach wynik obu odczynów kolloidowych ujemny przy równoczesnym o. Wass., dodatnim a przeciwnie w 3 przypadkach, w których o. Wass. i inne odczyny okazały się ujemnemi, był raz o. benzoesowy (krzywa kiły m.-rdz.) i o. mastixowy (atypowa krzywa p. p.), w drugim przypadku jedynie o. mastixowy (atypowa krzywa kiły) a w trzecim znów tylko o. benzoesowy (atypowa krzywa ze skłaczkowaceniem w 8, 9, 10, 11, 12. próbówce.

Z tych pięciu płynów stwierdzających niezgodność pomiędzy odczynami koll., a o. Wassermanna też byłoby ryzykownem wyciągać obecnie wnioski, choć dają one dużo do myślenia.

I tak dwóch chorych z o. Wassermanna dodatnim a odczynami koll. ujemnemi znajduje się w stanie b. pomyślnej remisji a z 3 chorych z o. Wassermanna ujemnym a odczynami koll. dodatniemi jeden tylko się poprawił a u dwóch innych stan się pogorszył, względnie się nie zmienił.

Warto na tem miejscu podnieść zgodnie z niektórymi badaczami (Gerstman, Artwiński), że płyny naszych chorych wykazuja po przebytej malarji (zwłaszcza gdy nakłucie odbyło się po dłuższym okresie zwolnienia, conajmniej rocznym) zmianę odczynu Wassermanna, fazy I i pleocytozy. Mianowicie w dwóch przy-

padkach O. Wassermanna i Nonne-Schum-Appelta stał się ujemnym a pleocytoza wybitnie się zmniejszyla.

Co do zachowania się odczynów koll. po przebytej zimnicy w związku z wynikiem badań kolloidalnych płynu przed leczeniem zimnicą — to ze względu na szczupły materjał w tym kierunku trudno wydać sąd. Badano tylko 3 płyny. W jednym przypadku w obu razach były wszystkie wyniki ujemne, w drugim przypadku z krzywych por. post. otrzymaliśmy po leczeniu w obu odczynach zmianę na krzywą kiłową a w trzecim przypadku tylko mastixowa krzywa zmieniła swój typ z porażennej na krzywą kiły m.-rdz.

W każdym razie wskazuje to wszystko na wpływ leczenia zimnicą na typ krzywej kolloidowej.

4. Tabes dorsalis.

Ilość płynów	Odczyn benz. +	benz. −	benz. atyp.	mast. +	mast. −	Wass. krew +	Wass. krew −	Wass. płyn +	Wass. płyn −	N. App +	N. App −	Pleoc. +	Pleoc. −	Odczyn Pandy'ego +	Odczyn Pandy'ego −
22	12	9	1	13	9	15	7	18	4	20	2	na 19 badanych 15	4	19	3

Rzuca się w oczy wielka różnica ilościowa pomiędzy dodatniemi odczynami Wassermanna (18 na 22 badanych t. zn. 81.8%) wobec dodatnich odczynów koll. (12 wzgl. 13 na 22 badanych t. zn. 54% wzgl. 59%) co jest najprawdopodobniej w związku z ustaloną postacią choroby. Na 5 przypadków, niezgodnych co do zachowania się odczynów serologicznych, jeden tylko znajdował się w stanie ciągłego rozwoju.

Mniejsze znaczenie wydaje się już mieć rozbieżność pomiędzy obu odczynami kolloidowemi.

Dwa razy był odczyn mast. dodatni przy benzoesowym odczynie ujemnym a raz odczyn benzoesowy dodatni wobec ujemnego odczynu mastixowego.

Charakter dodatnich krzywych koll. nie był jednolitym. Krzywe benzoesowe miały po największej części charakter krzywej kiły m.-rdz. o typie 12200002200000 k., natomiast krzywa n. — mastixowa zbliżała się do typu podanego przez Kafkę dla wiądu rdzenia V, VI, VIII, VIII, VI, V, IV, II, I a nawet do typu krzywej porażennej.

Płyny chorych, którzy nie leczyli się swoiście lub niedokładnie, nie wykazują jakiejś znaczniejszej różnicy w porównaniu z płynami chorych systematycznie leczonych. Ważnem jest stwierdzenie, czy choroba jest uleczalną czy też w rozwoju będącą, co nie zawsze zależnem jest od czasu, jaki ubiegł od zakażenia i od czasu wystąpienia pierwszych objawów chorobowych. I tak na 8 płynów chorych z formą choroby ustaloną, tylko w 4 przypadkach były odczyny kolloidowe dodatnie, podczas gdy w reszcie przypadków w rozwoju będących sprawach chorob. (14) były odczyny kolloidowe dodatnie aż w 11. przypadkach, a tylko w trzech ujemne.

5. Kiła mózg.-rdzeń.

A. Neurorecydywa *(Lues II).*

Na trzy płyny badane otrzymaliśmy w dwóch odczyny kolloidowe ujemne przy równoczesnym Wassermannie ujemnym a w 1 płynie były wszystkie odczyny zgodne w swoim dodatnim wyniku.

B. Kiła mózg.-rdzen.

Ilość płynów	o. Benz. +	o. Benz. −	o. mast. +	o. mast. −	o. Wass. +	o. Wass. −	N. App. +	N. App. −	Pandy +	Pandy −	Pleoc. + powyżej	Pleoc. −
6	5	1	4	2	4	2	5	1	6	—	3	1

Na 6 płynów badanych był O. Wass. w czterech dodatni zgodny w 3 przypadkach z dodatniemi krzywemi w obu odczynach kolloidowych a w jednym, tylko dodatnim odczynem benzoesowym.

W jednym zaś przypadku stan chorego z porażeniem połowiczem na tle kiłowem (wywiady ujemne) u którego o. Wass. był ujemnym, N. Appelt słabo dodatni a pleocytoza 76 dał krzywe koll charakterystyczne dla kiły m.-rdz. co pozwoliło nam zastosować u chorego leczenie swoiste ze skutkiem b. dobrym.

Najczęstszy typ krzywej benzoesowej był 0 1 2 2 2 k a mastixowej X X XII VII V II II I I I I k.

6. Kiła mózgu.

Wszystkie cztery przypadki kiły mózgu (łącznie z padaczką na tle kiłowem) dał wszędzie o. Wassermanna dodatni jak również i i. odczyny, przyczem odczyny kolloidowe dały skłaczkowacenie podobne do porażennego.

D. Kiła rdzenia.

Ilość płynów	o. Benz. +	o. Benz. −	o. mast. +	o. mast. −	o. Wass +	o. Wass −	N. App. +	N. App. −	Pandy +	Pandy −	Pleoc + pow. 5	Pleoc −
7	4	3	3	3	4	3	4	3	5	2	2	1

Tu widzimy obraz inny niż w kile mózgu.

Na 7 badanych płynów w 4 (57%) był o. Wassermanna dodatni i w tym samym stosunku odsetkowym o. benzoesowy, natomiast odczyn mastixowy tylko w 50%. N. Appelt był dodatni we wszystkich tych płynach, w których odczyny kolloidowe znaleźliśmy dodatnie. Tak samo o. Pandy'ego.

E. Kiła wrodzona.

Jedyny przypadek badany u nas dał wszystkie odczyny serologiczne ujemne za wyjątkiem o. Pandy'ego.

F. Kiła utajona i kiła przebyta.

(Brak objawów neurol. po przebytej kile).

Badano 9 płynów, wszystkie miały o. Wassermanna i odczyny kolloidowe ujemne za wyjątkiem jedynego przypadku, gdzie przy ujemnym o. Wassermanna, N. Appelta i pleocytozy, o. benz. i mast. dały krzywą kiły.

Wynik badania serologicznego w grupie kiłowej.

Ilość płynów		Benz. +	Benz. −	Mast. +	Mast. −	Wass. +	Wass. −
30	Paral. progresiva	27	3	27	3	27	3
5	Taboparalysis	5	—	5	—	5	—
17	Paralysis progr. post malariam	11	6	11	6	11	6
22	Tabes dorsalis	12	10	13	9	18	4
3	Lues II Neurorecydywa . .	1	2	1	2	1	2
6	Lues cerebro-spinalis (+ Hemipl. syph.)	5	1	4	2	4	2
4	Lues cerebri (+ epilepsia syph.)	6	—	6	—	6	—
7	Lues spinalis	4	3	3	3	4	3
1	Lues congenita	—	1	—	1	—	1
9	Lues latens et l. peracta . .	1	8	1	8	—	9
=104							

B. Cierpienia niekiłowego pochodzenia.

1. Stwardnienie rozsiane.

Ilość płynów	O. benzoës Krzywa p. p.	kiły	Kiły z przes. na prawo	opon. atyp.	ujemna	O. mastix. Krzywa p. p.	kiły	Kiły z przes. na prawo	opon. atyp.	ujemna	Odczyn Wass. +	Odczyn Wass. −
32	1	10	5	1	15	1	10	6	—	15	—	32

Na 32 płynów badanych, w których zawsze o. Wassermanna był ujemny. otrzymaliśmy dodatnią krzywą benzoesową w 17 przypadkach (t. zn. w 54%) przyczem abstrahujemy od jednej krzywej atypowej ze skłaczkowaceniem w próbówkach od 11—15. Również odczyn mastiksowy był dodatni w 17 przypadkach.

Te dodatnie krzywe miały w obu odczynach koll. najczęściej charakter krzywej kiły m.-rdz. ze skłaczkowaceniem w pierwszych pięciu próbówkach (zaliczyliśmy też dwukrotnie krzywą 00200 jako dodatnią) bo aż w 10 przypadkach, typ krzywej kiłowej z przesunięciem oponowem na prawo w 5 wzgl. 6 przypadkach a tylko jeden raz znaleźliśmy krzywą porażenną.

Bez porównania częściej niż w odczynie benzoesowym spotykaliśmy w odczynie mastixowym skłaczkowacenie zupełne w pierwszej próbówce.

Zmętnienie w pierwszych trzech lub nawet czterech próbówkach płynów badanych na o. mastixowy nie uważaliśmy za objaw patologiczny, choć z pewnością częściej miało ono miejsce niż w płynach prawidłowych.

W 4 przypadkach zaszła rozbieżność pomiędzy oboma odczynami koll., gdyż w dwóch mieliśmy dodatnią krzywą benzoesową przy ujemnym odczynie mastixowym i odwrotnie znów w 2 innych przypadkach.

W ogólnej liczbie badanych płynów był N. Appelt dodatnim w 13 płynach t. zn. w 40·9%, jednak w płynach w których odczyny kolloidowe były ujemne znaleźliśmy o. N. Appelta dodatnim tylko w 2,7% a natomiast w płynach w których o. mastixowy był dodatnim w 52,9% wzgl. w 47% odnośnie do dodatniego o. benzoesowego.

Cyfry te wskazują na charakterystyczne wzmożenie ilości globulin conajmniej w połowie przypadków tam, gdzie o. koll. były dodatnie.

Również pleocytoza, którą w ogólnych zarysach określić możemy jako lekko wzmożoną przypada swojemi największemi nasileniami na płyny w których odczyny koll. były dodatnie. Również i odczyn Pandy'ego nie wyłamuje się z tej reguły, gdyż był on dodatni w 23 płynach a więc w 72%, jednakowoż w płynach z odczynem kolloidowym dodatnim, Pandy okazał się dodatni (od opalescencji do skłaczkowacenia) w 88%, podczas gdy w innych płynach tylko w 50%.

Porównując dane serologiczne równocześnie z obrazem klinicznym, stwierdziliśmy, iż w płynach chorych, w których o. koll. były dodatnie, mieliśmy kliniczne skok (stadjum ostre choroby) w 60% a więc w odsetce jaką mniej więcej miał wobec dodatnich odczynów kolloidowych o. N. Appelta. Na pozostałych 14 przypadków przypadało tylko 5 skoków czyli 35,9%.

2. *Zapalenie opon.*

(Szczupły materjał, który otrzymaliśmy do badań, nie pozwala na szersze omówienie).

W płynie chorej na *meningitis c.-spin. epidemica* otrzymaliśmy krzywą, charakterystyczną dla tej choroby z przesunięciem skłaczkowacenia na prawo. W innych zaś formach zapalenia opon twardych (1), ograniczonego (2), podstaw o tle niejasnem (1), urazowego (1) były odczyny kolloidowe ujemne, przyczem w jednym przypadku *meningitis spinalis circumscripta* były krzywe kolloidowe atypowe.

3. *Guz mózgu wzgl. rdzenia*

dał na 10 płynów w ogólności badanych tylko w jednym przypadku guza mózgu krzywą benzoesową ze skłaczkowaceniem w 2., 3., 4. i 5. próbówce a o. Wass. w krwi i płynie był tu ujemny, N. Appelt dodatni, pleocytoza 8, a Pandy +++. Rozpoznano na podstawie objawów klinicznych i wywiadów „*tumor cerebri*".

O. mastixowy był w pięciu płynach ujemny. N. Appelt i pleocytoza zachowywały się mało charakterystycznie, natomiast o. Pandy'ego był w 5 przypadkach b. silnie dodatni.

4. *Encephalitis lethargica acuta.*

Płynów było badanych pięć. We wszystkich był o. Wassermanna ujemny a krzywe kolloidowe prawidłowe, za wyjątkiem krzywej benzoesowej w jednym przypadku o typie 2 1 0 0 0. Trudno przypuścić, by to był błąd techniczny, skoro i o. N. Appelta i o. Pandy'ego były silnie dodatnie, a inne odczyny kolloidowe dnia tego wypadły bez zarzutu.

5. *Parkinsonismus postencephal.*

Podobnie i tutaj były wszystkie odczyny prawidłowe w trzech badanych płynach m.-rdz. W jednym tylko płynie krzywa benzoesowa miała typ 000000022120000 K.

We wszystkich innych cierpieniach nerwowych i umysłowych były płyny m.-rdz. prawidłowe, jedynie sporadycznie występował dodatni o. N. Appelta i Pandy'ego, a pleocytoza rzadko kiedy przewyższała cyfrę 4.

GRUPA SCHORZEŃ NIEKIŁOWYCH.

Ilość płynów mózgo-rdzeniowych	Barwa choroby	Odczyn Wass. +	Wass. −	benz. +	benz. −	mast. +	mast. −
32	Sclerosis disseminata	—	32	17	15	17	15
1	Meningitis epidemica	—	1	1	—	1	—
1	Leptomeningitis	—	1	—	1	—	1
2	Men. circumscr.	—	2	—	2	—	2
1	Men. basil.	—	1	—	1	—	1
1	Men. traumat.	—	1	—	1	—	1
10	Tumor cerebri, t. spin.	—	10	19	—	—	9
1	Hydrocephalus	—	1	—	1	—	1
5	Encephal. letharg. ac.	—	5	14	—	—	5
1	Paral n. abduc.	—	1	—	1	—	1
3	Parkinson. postenceph.	—	3	—	3	—	3
2	Hemiplegia	—	2	—	2	—	2
3	Art.-scl. univ	—	3	—	3	1	2
3	Polyneuritis	—	3	—	3	atyp. kiłowa	3
5	Neuralg a i neuritis	—	5	—	5	—	1
1	Syringomyelia	—	1	—	1	—	1
5	Epilepsia	—	5	—	5	—	5
2	Embolia, encephalomal.	—	2	—	2	—	2
1	M. Basedowi	—	1	—	1	—	1
1	Encephal. haemorrhag.	—	1		1	—	1
1	Vertigo	—	1	—	1	—	1
2	Alcoh chron.	—	2	—	2	—	2
1	Osteomalacia	—	1	—	1	—	1
1	Malaria	—	1	—	1	-	1
1	Spondylarthritis	—	1	—	1	—	1
4	Schizophrenia	—	4	—	4	—	4
2	Oligophrenia	—	2	—	2	—	1
10	Neurasthenia	—	10	—	10	—	10
103	Razem						

III.

Zbadano przeszło 300 płynów m.-rdz. od 207 chorych. Wyniki dotyczą jednak nie ilości wykonanych badań, lecz ilości płynów zbadanych chorych.

Badano na odczyn Wassermanna i na o. benzoesowy wszystkie płyny m.-rdzeniowe (207) a na odczyn mastixowy 201 płynów.

Badania porównawcze, jaki wpływ mieć może na wynik badania przechowywanie w lodowni płynów przez kilka dni od dnia wykonanego nakłucia — nie stwierdzały większej rozbieżności w jakości wyników, nawet jeśli płyny uległy zanieczyszczeniu bakterjami z powietrza.

Gdy po odczytaniu krzywych po 24 godzinach, odstawiano potem próbówki z płynami na dłuższy przeciąg czasu i porównywano potem znów wyniki, znajdowano nieraz i to tylko w odczynie benzoesowym zmianę maximum i długości krzywej chorobowej.

Odnosiło się to u nas głównie do przypadków stwardnienia rozsianego.

W płynach normalnych nigdy nie zaobserwowaliśmy skłaczkowacenia.

Dodatnie zaś krzywe kolloidowe otrzymaliśmy w płynach z grupy kiłowej, zapalenia opon i stwardnienia rozsianego, a po za tem tylko w nielicznych przypadkach (*tumor cerebri* (1), *encephalitis letharg* (1) i szereg atypowych krzywych, od których abstrahowaliśmy — co u innych autorów (Benedek w *enc. epid.*, Goebel w *Tumor cerebri*, Biberfeld w *art. scl.*, *epil.* Blumenthal i Shirakawa) częściej znacznie się zdarzało.

Stos. do o. Wassermanna i odczynu globulinowego.

Zgodność z o. Wassermanna w płynie była uderzająca. Stwierdziliśmy ją w 81%*). Na 19% rozbieżności (35) przypadków przypadało 15 przyp. z grupy kiłowej (*tabes dorsalis* (5), *par. progr. post. malariam* (5), *par. progr.* (2), *lues c. sp.* (1), *lues spin.* (1), *lues lat.* (1)) a 20 z pozostałych cierpień, w tem 17 stwardnienia rozsianego.

Rozbieżności tej nie należy sobie tłumaczyć w ten sposób, jakoby o. Wassermanna był we wszystkich 35 przypadkach dodatnim a odczyny kolloidowe ujemnemi, gdyż stosunek odwrotny był w 6 płynach z grupy kiłowej i we wszystkich 20 płynach bez tła kiłowego.

Cyfry te wskazują, że zgodność dodatniego odczynu Wassermanna z dodatniemi krzywemi kolloidowemi była największą w kile mózgu, *taboparalysis*, neurorecydywie a najmniej zgodną w wiądzie rdzenia, *par. progressiva post malariam*, a przedewszystkiem w stwardnieniu rozsianem.

Dla wiądu rdzenia fakt ten da się wytłumaczyć tem, iż skoro przyjmujemy, że dodatnia krzywa koll. jest obrazem żywotności procesu patologicznego, jest wyrazem *„laesio syphilitica evolutiva"*, to zrozumiemy dlaczego w ustalonych postaciach wiądu rdzenia krzywej takiej po największej części nie otrzymaliśmy. W każdym razie jest to pewnym minusem. Natomiast drugi fakt rozbieżności pomiędzy o. Wass. a odczynami koll. jest prawdopodobnie objawem b. pocieszającym, bo tyczącym się zniknięcia krzywej patologicznej w płynie porażennym po przebytej zimnicy — do czego wszak zdąża całe leczenie. Porównując jednak wyniki badań serologicznych z obrazem klinicznym nie możemy dojść na razie do stanowczych wniosków co do rokowania.

Odnośnie do płynów chorych ze stwardnieniem rozsianem, sądzimy, iż mimo 54% dodatnich krzywych w obu odczynach kolloidowych **) — nie można uważać tego za zdobycz z przyczyn następujących:

a) Występowanie tylko w 54% dodatnich krzywych nie może być uważanem jako objaw rozstrzygający w rozpoznawaniu stwardnienia rozsianego.

b) Krzywa dodatnia zaobserwowana zarówno przez innych jak i przez nas nie jest typu swoistego.

c) Bardzo bliskie podobieństwo pomiędzy krzywemi płynów kiłowych i płynów chorych ze stwardnieniem rozsianem nie może być pomocne w rozpoznaniu różniczkowem, tak, że nie możemy mieć pewności co do swoistego zajęcia układu ośrodkowego.

d) Wreszcie, ze względu na niejednolite własności odczynów kolloidowych wyniki u wielu badaczy są nierównomierne (Guillain w 63%, Pavlović kwestjonuje w ogóle istnienie koll. krzywej dodatniej w *scl. diss.* a Walter i Kajzer na oddziale V Szp. św. Łazarza w 33,5%).

Budowanie na krzywej dodatniej w *scl. disseminata* odłożyć musimy do czasu, gdy udoskonalona technika odczynów kolloidowych ustali specjalną krzywą, charakterystyczną dla stwardnienia rozsianego.

Jak więc z jednej strony niezwykle rozpoznawczo ważnym momentem jest stwierdzenie n. p. krzywej kolloidowej kiły m.-rdz. przy równoczesnych innych ujemnych odczynach serologicznych, tak z drugiej strony musimy uważać za objaw niekorzystny krzywe dodatnie w płynach chorych z nowotworem mózgu lub nawet w stwardnieniu rozsianem z przyczyn wyżej przytoczonych.

Stąd jasnem jest, że jesteśmy pewniejsi rozpoznania na podstawie o. Wassermanna, chociaż nie da się zaprzeczyć, że w wielu przypadkach często dopiero dodatnia krzywa kolloidowa czyni rozpoznanie prawdopodobnem.

W 84% naszych dodatnich krzywych chorobowych znaleźliśmy dodatni o. N. Appelta. Fakt ten stwierdza b. dobitnie (o. Pandy'ego jako zbyt czuły tylko warunkowo wchodzić może przy rozważaniach w rachubę), że mamy tu do czynienia nietylko z jakościową zmianą globulin, ale i ze wzmożeniem ich ilościowem. W płynach paralitycznych, gdzie N. Appelt był słabo zaznaczony, tam i o. kolloidowe dawały słabo zaznaczone krzywe. O łączności tych procesów ze sobą, świadczy też wyraźnie przypadek zniknięcia obu krzywych kolloidowych dodatnich łącznie z odczynem N. Appelta w płynie chorego na porażenie postępujące, a leczonego zimnicą.

Swoistość krzywych dodatnich.

W zasadzie nie udało się wyosobnić swoistych krzywych dla jakiegokolwiek schorzenia, co ostatnio i inni badacze podkreślają (Wüllenweber, Milan).

Ze stanowczością i pewnością potrafilibyśmy tylko powiedzieć ogólnie o krzywej kiłowej (ze skłaczkowaceniem w pierwszych próbówkach) i oponowej (ze skłaczkowaceniem przy znaczniejszem rozcieńczeniu płynów a więc z przesunięciem wypadniętych kolloidów na prawo). Bo choć wśród dodatnich krzywych w płynach w por. post. otrzymaliśmy 74% krzywych benzoesowych (wzgl. 70% mast.) typowych według autorów dla tego schorzenia, to jednak w *taboparalysis*, w kile mózgu, w kile m.-rdz. a nawet w stwardnieniu rozsianem znajdowaliśmy też tę samą krzywą.

Jakiegoś stałego związku pomiędzy obrazem serologicznym a równocześnie porównywanym obrazem klinicznym nie mogliśmy się dopatrzeć w tej mierze co Esskuchen, Art i Fuhs i i. W niektórych przypadkach rozszerzonej, pogłębionej krzywej kolloidowej zanotowaliśmy silniejsze oponowe podrażnienie, bez specjalnej jednak zależności typu krzywych od nasilenia objawów klinicznych samej choroby. Podkreślam słowo klinicznych, ponieważ jest możliwem, iż stan anatomo-histologiczny nie idzie w parze z objawami klinicznemi.

O krzywej w stwardnieniu rozsianem mówiliśmy wyżej. Jest ona nieswoistą dla tego schorzenia i przedstawia po największej części typ krzywej kiły m.-rdz. ze skłaczkowaceniem w 2., 3., 4. próbówce, ale też w niemałej liczbie (5 wzgl. 6 na 17) dodatnich krzywych z przesunięciem skłaczkowacenia na prawo. Gdyby okazało się na większym materjale, że krzywa o tym typie jest częstszą niż inne (tak twierdzi Guillain, Presse medicale 1924), to w takim razie wyniki rozpozn. serol. w stwardnieniu rozsianem uczyniłyby znaczny krok naprzód.

W zapaleniu opon nagminnem mieliśmy krzywą charakterystyczną ze skłaczkowaceniem w próbówkach od 8.—12. a w *meningitis chronica, traumatica, leptomeningitis* odczyn wypadł ujemnie.

W płynach xantochromicznych i z domieszką krwi stale znajdowaliśmy rozszerzenie się skłaczkowacenia poza pierwszych pięć próbówek i trudno było odróżnić od krzywych oponowych. Jednakże jeśli to był płyn kiłowy z domieszką krwi, to w odczynie benzoesowym znajdowaliśmy (w 2 przypadkach badanych) skłaczkowacenie w *zona syphilitica* i z przerwą w ciągłości, też w przedłużeniu po stronie prawej.

Rokowanie.

Dla rokowania mogą i powinny odczyny kolloidowe dużo zdziałać. Wielokrotnie stwierdzono na skutek leczenia (u nas w przypadkach porażenia postępującego po leczeniu zimnicą, wiądu rdzenia po leczeniu proteinowem zastrzykami „phlogetanu", w stwardnieniu rozsianem po leczeniu proteinowem szczepionkami durowemi) osłabienie odczynu, zmianę z krzywej porażennej na krzywą kiły m.-rdz. zmiany odnośnie do jednolitości i ciągłości krzywej a nawet zniknięcie dodatniego odczynu. Ponieważ wtedy i często o. Appelta i limfocytoza zmniejszyły swe nasilenie lub zupełnie zniknęły, moglibyśmy przypuścić, że i klinicznie poprawa jest natychmiast widoczną, zwłaszcza dla objawów zapalnych. Skoro sobie jednak uprzytomnimy, że chorzy z rozpoznaniem por. post. po przebytej zimnicy wykazali wielką ilość krzywych kiłowych, a mimo to klinicznie nie różnili się od chorych z serologicznemi krzywemi kolloidowemi o typie „por. post." — to prognostyczne znaczenie tego zjawiska maleje.

Przy najsilniej bowiem dodatnio wyrażonej krzywej porażennej chory nieraz znajdował się w wybitnym okresie zwolnienia a więc rokowanie w tym przypadku może nawet być b. dobre.

Być może jednak, że jeśli po dłuższym okresie czasu będziemy badać płyny, to wtedy (o ile znów odczyny koll. się nie pogorszą — co dla hemolizynowej, Horn na klinice Wagner-Jauregga stwierdził) równoległość poprawy serologicznej z kliniczną może być znaczniejszą, do czego uprawniają nas wyniki badań przeprowadzonych po roku i dłużej na płynach porażeńców po zimnicy przebytej, gdzie krzywe kolloidowe zniknęły zupełnie a zwolnienie trwa i jest b. wybitne — nawet przy dodanim Wassermannie.

---

*) Guillain w 83%.

**) U Guillaina w 63%.

Stosunek odczynu benz. do o. mastixowego.

Kwestje której z obu reakcyj kolloidowych oddać pierwszeństwo, trudno rozstrzygnąć ze względu na trudności porównawcze tak indywidualnych roczczynów jakimi są roztwory kolloidowe z ich rozmaitą czułością dla soli i kolloidów samego płynu m.-rdz.

Były dość liczne rozbieżności pomiędzy obu odczynami gdy np. odczyn benzoesowy był dodatni przy o. mastixowym ujemnym i odwrotnie. Odnosiły się one głównie do przypadków poraż. postęp. po przebytej zimnicy i do stwardnienia rozsianego. Jednakowoż nie mogliśmy znaleść dla tego zjawiska wytłumaczenia i ze względu na mniej więcej równomierny rozdział krzywych rozbieżnych trudno byłoby zadecydować, która z reakcyj jest czulszą dla pewnych schorzeń.

W każdym razie obie posiadają wielką zaletę, bo odgraniczają grupę kiłową od oponowej.

To też pod względem techniki jedna drugiej nie dużo ustępuje. Są proste w wykonaniu, nie wymagają jakichś specjalnych przygotowań, szkła jenajskiego, mniej więcej jednakową mają dokładność i zgodność wyników.

Uważałbym jednak odczyn benzoesowy za użyteczniejszy ze względu na prostotę wykonania, szybkość przygotowania i łatwiejszy sposób odczytywania.

Wnioski ostateczne:

W ogólności musi się podkreślić, że odczyny kolloidowe posiadają nieprzeciętną wartość mimo braku absolutnej swoistości. Nie zastąpią jednak obecnie jeszcze w pełni odczynu Wassermanna, choć rozbudowa ich znajduje się w stałym rozwoju i rokuje jak najśmielsze nadzieje.

Na razie więc powinny być tylko uzupełnieniem badań klinicznych i serologicznych jako V-ta reakcja i wyjątkowo tylko czynnikiem rozstrzygającym odnośnie do rozpoznania, a tembardziej jeszcze do rokowania.

Piśmiennictwo.

1. Guillaine. Laroche, Lechelle: La reacton du benjoin coll. Paris 1922. — 2. Mackiewicz: Warsz. czasopism. lek. Nr. 9. 1924. — 3) Wüllenweber: D. Z. f. Nhlk. Bd. 80, 1923. — 4) Pavlowic: Według Zentrbl. 1. VI. 1924. — 5) F. Walter i A. Kajzer: Przegl. dermatol. Nr. 1. 1924. — 6) Guillain et Marquezy: Nr. 10. La presse med. 1924 17. V. — 7) Esskuchen: Die Lumbalpunktion. — 8) Benedek: Dermat. Woch. 1922. — 9) Kafka: Zt. f. die ges. Ps. u. N. Stycz. 1922.

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. J. LENARTOWICZ. Lwów.

O leczeniu kiły zimnicą.

Dokończenie.

Z materjału kliniki Wagnera-Jauregga, opracowanego przez Gerstmanna, a obejmującego 1000 przypadków wynika, że leczeniem zimniczem możemy uzyskać te trzy rodzaje remisyj w porażeniu postępującem i to remisyj nie przejściowych, ale stałych, bo po kilka lat utrzymujących się. Tylko kilkuletnia obserwacja chorych, stwierdzająca, bądź to stałe utrzymywanie się remisji na jednym poziomie, bądź przechodzenie stopniowe z remisji niezupełnej w zupełną pozwoli owe remisje, leczeniem uzyskane, wyróżnić od remisyj samoistnych przejściowych, złudnych i niepewnych. To też Gerstmann z pośród 1000 przypadków różnych odmian porażenia postępującego, leczonego zimnicą uwzględnia tylko 400, bo tylko w 400 czas obserwacji był dostatecznie długi, wynosił bowiem najmniej 2 lata od uzyskanej leczeniem poprawy. Nadmienić należy, że w kilku przypadkach (szczepień leczniczych z r. 1917) czas obserwacji wynosił przeszło 7 i przeszło 6 lat. Z materjału, opracowanego przez Gerstmanna wynika, że zależnie od ciężkości przebiegu porażenia postępującego, postaci chorobowej, a przedewszystkiem zależnie od tego, jak wcześnie rozpoczęto leczenie zimnicą uzyskać możemy około 34% remisyj zupełnych, z pełną zdolnością wykonywania pracy zarobkowej, 21% remisyj niezupełnych wyższego stopnia a 9% remisyj niezupełnych niższego stopnia; w każdym razie około 55—60% remisyj z mniejszą lub większą zdolnością wykonywania pracy zawodowej. W 36% przypadków materjału Gerstmanna leczenie zimnicą było bezskuteczne. Podane wyżej odsetki remisyj zupełnych i niezupełnych okazują w materjale Gerstmanna nieznaczne wahania, zależnie od czasu, w którym szczepienia przedsiębrano, statystyki bowiem pochodzą z pierwszych okresów próbnych z r. 1917 i 1919 i z okresów lat następnych aż po koniec r. 1922, a jak sam autor zaznacza w doborze przypadków zachodziły poważne różnice. Z podobnemi, naogół nieznacznemi, wahaniami w obliczaniu odsetek wyników pomyślnych i niepomyślnych spotykamy się także w materjale innych autorów. Weygandt, który po Wagnerze-Jaureggu rozporządza najobfitszym materjałem porażeńców leczonych zimnicą, oblicza remisje zupełne i niezupełne na 70%, innym razem na 57%, znów zależnie od czasu, w którym sporządzano statystyki tak, że przeciętnie materjał jego wykazuje 50% remisyj z uzyskaniem pełnej lub niezupełnej zdolności do pracy zawodowej. Nonne podaje 68% remisyj; w czem 48% remisyj pełnych z odzyskaniem zupełnej zdolności do pracy zawodowej, a 20% remisyj z odzyskaniem zdolności do pracy zawodowej, ale z pewnemi nieznacznemi brakami psychicznemi. Wysokie odsetki korzystnych wyników leczniczych w materjale Nonnego należy, zdaniem Gerstmana, tłumaczyć troskliwem doborem materjału i wczesnem rozpoczynaniem leczenia. Plehn wreszcie stwierdza w swoim materjale $^1/_3$ remisyj zupełnych, $^1/_3$ remisyj niezupełnej, a w $^1/_3$ zupełną bezskuteczność leczenia zimnicą. Statystyka Plehna zgadza się prawie zupełnie ze statystyką Gerstmanna, mimo, że Plehn zaznacza, iż początkowo odnosił się bardzo sceptycznie do tego sposobu leczenia.

Weeber zaznacza, że uzyskał 28% remisyj zupełnych i podnosi z naciskiem, że gdy przed okresem leczenia zimnicą z pośród jego chorych opuszczało przeciętnie szpital 7 chorych rocznie z mniejszą lub większą poprawą to w r. 1923 dzięki leczeniu zimnicą można było wypuścić 27 chorych z wybitną remisją a więc 4 razy więcej. Z polskich autorów leczeniem porażenia postępującego zimnicą zajmowali się: Wizel i Prussak, Artwiński, Artwiński i Ostrowski wreszcie Domaszewicz. Artwiński oblicza remisje całkowite i częściowe raz na 27% i 18.7%, w pracy późniejszej po raz drugi na 42% i 15.7%. Różnice te zależą, oczywiście tak, jak i u autorów niemieckich od doboru materjału. Z udzielonych mi łaskawie wyjaśnień przez Domaszewicza wynika, że w jego materjale obejmującym 157 chorych w 20% leczeniem uzyskano całkowitą zdolność do pracy zawodowej, a w około 20% częściową.

Remisjom, ujawniającym się odzyskaniem zdolności do pracy zawodowej towarzyszy, jak zaznacza zgodnie większość klinicystów, także ustępowanie niektórych objawów klinicznych; w szczególności ustępują niemal doszczętnie zaburzenia w mowie i piśmie, zmniejszają się i ustępują z czasem zupełnie napady porażenne, ustępuje niezborny chód a czasem poprawia się, choć stosunkowo najrzadziej i najmniej wybitnie, oddziaływanie źrenic.

Tu wszyscy autorowie podnoszą zgodnie, że tem lepszego należy się spodziewać wyniku leczniczego w porażeniu postępującem im wcześniej rozpocznie się leczenie. Postacie porażenia postępującego nie są także bez znaczenia.

Pełne remisje uzyskujemy zwyczajnie w porażeniach wczesnych, początkowych, w postaciach manjakalnych, dementywnych i w *„tabo-paralysis"*. Nie uzyskujemy zwyczajnie poprawy i nie możemy się jej spodziewać w postaciach porażenia galopującego, w *„paralysis infantilis" et „juvenilis"* i w *„paralysis senilis"*. Poprawa pod wpływem leczenia zaznacza się, albo już w czasie leczenia zimnicą, albo wkrótce po ukończeniu leczeniu, albo też dopiero po upływie pewnego czasu od ukończenia leczenia, przyczem remisja początkowo niezupełna może przejść po upływie miesięcy w remisję pełną, z odzyskaniem pełnej zdolności do pracy zawodowej. Ten ostatni szczegół trzeba brać pod uwagę przy rokowaniu, które powinno być raczej ostrożne i wyczekujące.

Pod wpływem leczenia zimniczego zmienia się nietylko przebieg kliniczny porażenia postępującego, ale zmienia się także patalogiczny skład płynu mózgowo-rdzeniowego, tylko, że jak dowodzą badania Gerstmanna, niema początkowo równoległości między poprawami klinicznemi a poprawami w płynie mózgowo-rdzeniowym, niewszystkie też odczyny w płynie okazują równą wrażliwość na leczenie zimnicze. Ustępowanie pewnych patologicznych zmian w płynie m. r. odbywa się stopniowo i etapami; jedne odczyny ustępują wcześnie i stosunkowo łatwo, inne stopniowo, po szeregach miesięcy dopiero. Najłatwiej, bo zaraz w pierwszych tygodniach lub miesiącach po ukończonem leczeniu zimnicą. ustąpują t. zw. odczyny zapalne t. j. limfocytoza, ogólna ilość białka i odczyn hemolizynowy. Najoporniej zachowuje się odczyn Wassermanna, nieco mniej opornie odczyny globulinowe i odczyn z chlorkiem złota. Te spostrzeżenia Gerstmanna odnośnie do porażeńców potwierdzają badania Meissnera, który badał zachowanie się płynu m. r. u chorych różnych okresów kiły, leczonych zimnicą. I on przyznaje, że pod wpływem leczenia zimnicą odczyny patologiczne w płynie m. r. ustępują stopniowo i nie odrazu a ustępowanie to odczynów chorobowych jest tem powolniejsze i tem odporniejsze w im późniejszym okresie kiły rozpoczynamy leczenie zimnicą. Ze spostrzeżeń Gerstmanna wynika, że poprawy w płynach mózgowo-rdzeniowych, badanych bezpośrednio po ukończeniu leczenia zimniczego nie wykazują równoległości

z poprawami klinicznemi, bo te wczesne poprawy w płynie m. r. dotyczą zarówno chorych z wybitnemi remisjami, jak i chorych bez żadnej poprawy klinicznej. Dopiero z biegiem czasu, w kilka miesięcy po ukończonem leczeniu, kiedy remisje poczynają się ustalać, poprawia się też stan płynu mózgowo-rdzeniowego; znikają częściowo, lub zupełnie, wszystkie odczyny chorobowe nawet najoporniejszy z nich odczyn Wassermanna. W przypadkach, w których uzyskano częściową, lub nawet wybitną sanację płynu m. r. bez wyraźnej remisji klinicznej chwilowe uzdrowienie płynu m. r. nie trwa długo; pojawiają się znów odczyny chorobowe. Przy uzyskaniu remisyj przejściowych, niestałych, zapowiedzią nawrotu klinicznego bywa nieraz pojawienie się odczynów chorobowych w płynie mózgowo-rdzeniowym i to pojawienie się w odwrotnym porządku, najpierw odczynu Wasermanna a później odczynów t. zw. zapalnych łącznie z pleocytozą. Ta późniejsza równoległość i pewna zgodność między zachowaniem się płynu m. r. a stanem klinicznym chorego nie jest jednak bezwzględną, i zdaniem Gerstmanna i Nonnego, nie upoważnia bynajmniej do wyciągania wniosków rokowniczych. Gerstmann przytacza przypadki długotrwałych i zupełnych remisyj, z zupełną zdolnością do pracy zawodowej i z uparcie utrzymującemi się zmianami w płynie m. r. i na podstawie tych przypadków wypowiada zdanie, że badanie płynu m. r. tak cenne, o ile chodzi o rozpoznanie, nie może i nie powinno być podstawą do rokowania, lub upartego leczenia. Z zestawienia spostrzeżeń Kyrlego, Gerstmanna, Meissnera i Beringa, wynika, że pod wpływem leczenia kiły zimnicą zmienia się też odczyn Wassermanna we krwi, ale łatwiej i szybciej u porażeńców niż u kiłowych w późnych okresach kiły; natomiast u kiłowych ustępują łatwiej odczyny chorobowe w płynie m. r. To odmienne zachowanie się odczynów we krwi i płynie u jednej i drugiej grupy chorych nie znalazło dotąd wytłumaczenia. Długie i uparte utrzymywanie się od czynu Wassermanna we krwi szczepionych zimnicą tłumaczy Horn tem, że zimnica sama, zaszczepiona nie kiłowym daje dodatni odczyn Wassermanna, utrzymujący się nawet po wyleczeniu zimnicy chininą i stopniowo tylko ustępujący; tłumaczeniem tem nie wyjaśnia jednak Horn różnic odnośnie do zachowania się krwi porażeńców i kiłowych.

Czy wyniki uzyskane szczepieniem zimnicy porażeńcom, wyniki, objawiające się tak działaniem na płyn m. r. jakoteż mniej lub więcej wybitnemi remisjami, remisjami równoznacznemi niemal z zupełnem wyzdrowieniem, bo wracającemi chorym często zupełną, lata trwającą zdolność do pracy zawodowej, można uważać za istotny skutek leczenia zimnicą i uznać wobec tego późne schorzenia kiłowe układu nerwowego za uleczalne, czy też przyjmować je z dużą dozą krytycyzmu i stawiać je na równi z t. zw. remisjami samoistnemi, znanemi już dawniej a przecież złudnemi? To jest pytanie zasadnicze, a drugie pośrednio z niem się łączące, to pytanie, czy wobec tych korzystnych wyników w porażeniu postępującem, a więc schorzeniu, jak dziś wiemy, kiłowem, a nie metaluetycznem, nie należy leczenia zimniczego rozciągnąć na kiłę wogóle i leczyć rozmaite, choćby najwcześniejsze okresy kiły zimnicą w nadziei, że się przez to zapobiegnie porażeniom i wiądom rdzenia t. j. tym schorzeniom kiłowym późnym, którym dotąd nie umieliśmy i nie umiemy zapobiec mimo rozmaite wysiłki i starania?

Na pierwsze pytanie można zdaje się już dziś odpowiedzieć twierdząco; można się na podstawie olbrzymiego materjału dowodowego zgodzić, że dogmat nieuleczalności porażenia postępującego został mocno zachwiany i przyznać słuszność tym badaczom, którzy jak Nonne, Weygandt, Kirschbaum, Plehn i inni widzą w leczeniu porażenia postępującego zimnicą jedyny, jak dotąd, najlepszy, najskuteczniejszy środek leczniczy przeciw tej chorobie. Wyników leczniczych, uzyskanych szczepieniem zimnicy, owych remisyj zupełnych lub niezupełnych, wyższego i niższego stopnia, nie można stawiać na równi z tak zwanemi, remisjami samoistnemi, bo między jednemi a drugiemi zachodzą zasadnicze różnice, a to różnice, co do częstości, co do postaci, co do stopnia i co do trwałości. I dawniej spostrzegano remisje samoistne w przebiegu porażenia postępującego, ale według licznych danych statystycznych remisje te należały naogół do rzeczy rzadkich i zdarzały się przeciętnie w 5—15% przypadków i to bardzo często po przebyciu chorób gorączkowych, lub po przewlocznych procesach ropnych; remisje natomiast po leczeniu zimnicą występują w 36 a nawet w 52% a więc częstością swą przekraczają 4—7 krotnie owe remisje samoistne.

Remisje samoistne spostrzegano zwyczajnie w pewnych tylko postaciach porażenia postępującego, a to głównie we wczesnych okresach z objawami silnego podniecenia, gdy remisje pozimnicze można uzyskać niemal we wszystkich postaciach porażenia, nawet w postaciach dementywnych, najmniej skłonnych do remisyj samoistnych. Remisje samoistne są, według Schrödera, jedynie zwolnieniem zaostrzeń w przebiegu, ale nie zatrzymaniem się choroby w dalszym jej rozwoju, podczas, gdy remisje pozimnicze, niezależnie od zaostrzeń, występują w rozmaitych postaciach i wykazują istotne cofanie się zmian chorobowych lub wstrzymanie dalszego jej postępu. Wreszcie, prócz stopnia poprawy, remisje pozimnicze różnią się od samoistnych swojem niezwykle długiem trwaniem utrzymującem się w jednakowym stopniu przez szereg lat (6—7), gdy remisje samoistne utrzymujące się 2—3 lata należą według Krepelina do rzadkich wyjątków.

Korzystne wyniki leczenia porażenia postępującego zimnicą nie mogły pozostać bez wpływu na poglądy nasze odnośnie do leczenia kiły wogóle, tembardziej, że żaden z używanych dotychczas sposobów leczniczych nie dawał i nie daje gwarancji, że chory choćby najtroskliwiej leczony uniknie końcowego losu ciężkich schorzeń układu nerwowego. Finger podnosi z całym naciskiem, że może przytoczyć dziesiątki przykładów na to, że chorzy kiłowi, leczeni najsumienniej i najtroskliwiej, mimo wszystko zapadali na porażenie postępujące i wiąd rdzenia. Uznanie tych faktów, przyznanie się jawne do niemocy, o ile chodzi o wyleczenie istotne kiły, kazano szukać dróg nowych. Już w r. 1912 zwracał Finger uwagę na to, że w leczeniu kiły za mały kładziemy nacisk na czynnik nieobliczalny i najmniej znany: na siły samoobronne ustroju. Z licznych, aczkolwiek luźnych, spostrzeżeń wiadomem było oddawna, że podobnie jak w porażeniu postępującem podobnie i w różnych innych okresach kiły, choroby gorączkowe mają wpływ na zmiany kiłowe w znaczeniu leczniczem. W czasie chorób gorączkowych ostrych takich, jak róża, dur brzuszny, zapalenie płuc, zimnica widywano samoistne ustępowanie zmian chorobowych na skórze i błonach śluzowych niemal doszczętne, co więcej, przebycie chorób gorączkowych zapobiegało często nawrotom chorobowym kiły. Wskazywano na to, że czynnikiem leczniczym może być wyższa ciepłota i powoływano się na spostrzeżenia, że gorące okłady stosowane na pewne miejsca skóry przed osutką chronią te właśnie miejsca przed wystąpieniem wykwitów kiłowych. Rozumowano, na podstawie doskonałych wyników w leczeniu zimnicą porażenia postępującego, że jeżeli porażenie postępujące i wiąd rdzenia są tylko dalszym ciągiem kiły, jej ostatnim aktem i jeżeli w leczeniu porażenia postępującego otrzymuje się tem lepsze wyniki im wcześniej się zaczyna leczenie, to słuszne jest chyba zapytać czy leczenia stosowanego w porażeniu postępującem nie należy zastosować także w kile wtórorzędnej, jako środka skuteczniejszego może, niż środki dotąd stosowane, a powtóre, czy przez stosowanie leczenia zimniczego nie zapobiegnie się lepiej, niż dotąd porażeniom postępującym, wiądem rdzenia, zanikom nerwu wzrokowego i innym późnym schorzeniom kiłowym środkowego układu nerwowego.

Myśl tę zaczęto rozwijać konsekwentnie przedewszystkiem w klinice Fingera a najgorętszym jej zwolennikiem był Kyrle. I tu, podobnie, jak w leczeniu porażenia postępującego, próbowano początkowo obok leczenia swoistego różnych środków nieswoistych, mogących działać pobudzająco na siły obronne ustroju. Droga i tu prowadziła początkowo przez leczenie gorączkowe, czy to tuberkuliną czy szczepionkami durowemi, czy wreszcie przez stosowanie mirionu, jako środka podrażniającego, aż wreszcie doprowadziła do leczenia zimnicą, podobnie, jak w leczeniu porażenia postępującego.

Przedewszystkiem poczęto stosować leczenie zimnicą w tych przypadkach kiły utajonej, w których odczynów patologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym i dodatniego odczynu Wassermanna we krwi nie można było zmienić leczeniem swoistem. Wyniki były zachęcające i lepsze bezwzględnie od wyników leczenia środkami nieswoistemi, wyżej wspomnianemi. Zmiany chorobowe w płynie m. r. nawet bardzo oporne, ustępowały niemal stale i to zwyczajnie w 3—4 miesiace po ukończonem leczeniu.

W szybko następujących po sobie sprawozdaniach donosi Kyrle o korzystnych wynikach leczniczych, naprzód w przypadkach kiły później drugiego okresu ze zmianami w płynie mózg. rdz. i z opornym we krwi odczynem Wa., później o niemniej korzystnych wynikach w kile jawnej drugiego okresu. W maju 1923 na Zjeździe w Monachjum podaje wyniki lecznicze, oparte na 100 przypadkach, we wrześniu 1924 na Zjeździe w Insbrucku wyniki lecznicze nowych 250 przypadków, w tem dużo przypadków kiły jawnej II-go okresu, a wreszcie w r. 1926 w ankiecie dotyczącej leczenia kiły precyzuje ściślej wspólnie z Fingerem swoje zapatrywania na leczenie kiły wogóle, a zimnicą w szczególności, i powołuje się już na materjał obejmujący 1500 przypadków. Tak Finger jak i Kyrle wyrażają się o tym sposobie leczenia kiły z entuzjazmem. Płyny chorobowo zmienione wracają do normy, kiła wtórorzędna świeża, począwszy od okresu surowiczo dodatniego przez wszystkie późniejsze nawroty, zostaje doszczętnie wyleczona i to jednem jedynem leczeniem, a nadewszystko staje się zdaniem autorów zbyteczne badanie płynu m. r., bo przebyte le-

czenie salwarsanowo-zimnicze wyklucza możność nietylko nawrotów ale, co najważniejszą, możność schorzenia płynu m. rdz. Z 205 przypadków kiły świeżej, leczonej salwarsanem i zimnicą w 1 roku zakażenia, tylko w 3 przypadkach przyszło do nawrotów i to u chorych, którzy nie dokończyli wskazanego leczenia. W jednym przypadku spostrzegano ponowne zakażenie jako dowód doszczętnego wyleczenia. Niestety nie mamy dotąd, mimo obietnicy, pracy zbiorowej, przedstawiającej całokształt wyników i musimy na razie poprzestawać na zapewnieniach Kyrlego, że „ta metoda lecznicza, przewyższa w wynikach wszystko, co jakiemikolwiek sposobami leczenia dotąd w tej klinice osiągnięto".

A sposób leczenia jest prosty, i ze względu na to, że mamy w olbrzymiej większości przypadków do czynienia z ludźmi zresztą zdrowemi i młodemi, bynajmniej nie niebezpieczny. Kyrle kładzie nacisk, by leczenie zimnicą poprzedzało leczenie salwarsanowe i by to leczenie kończyło także leczenie zimnicze. Rozpoczynamy leczeniem salwarsanowem stosując w ciągu 4-ch tygodni około 3 gr. neosalwarsanu, poczem szczepimy zimnicę, przeczekujemy 8—10 napadów, przerywamy napady przez wstrzykiwanie dożylne 10% roztworu *chininum bilsufuricum*, stosując przez dwa dni po 2 wstrzyknięcia (każde po 5 cm³ roztworu chininy w odstępach 8 godzinnych) i zaraz w drugim dniu leczenia chininowego rozpoczynamy leczenie neosalwarsanem, stosując w ciągu 4 tygodni znów 3 gr. neosalwarsanu.

Po klinice Fingera największym materjałem rozporządza klinika Beringa. Praca Meissnera z tejże kliniki, ogłoszona w grudniu 1925 r. opiera się na materjale 259 chorych. Z tego materjału autor zużytkowuje tylko 57 przypadków, bo tylko tylu chorych mógł obserwować przez czas dłuższy. Ze spostrzeżeń tego autora wynika, że tem wcześniej ustępują zmiany chorobowe w płynie w im wcześniejszym okresie kiły rozpoczynamy leczenie zimnicą. W kile jawnej i wczesnej II okresu lecznicze działanie na płyn objawia się po 5 lub 7 miesiącach, w okresach późniejszych nigdy przed upływem pół roku, a w kile późnej, z objawami klinicznemi ze strony układu nerwowego, działanie lecznicze objawia się jeszcze później, przyczem najpóźniej ustępuje dodatni odczyn Wasermanna. Z tych względów Meissner sądzi, że słuszne jest żądanie Kyrlego, by leczenie zimnicą rozpoczynać możliwie wcześnie.

Czy leczenie kiły zimnicą, prócz tego, że wpływa korzystnie, na kiłę, usuwając zmiany kliniczne, odczyny serologiczne i zmiany chorobowe w płynie m. r. spełni także drugą część nałożonego nań zadania t. j. uchroni chorych kiłowych od porażenia postępującego i wiądu rdzenia zawsze, lub przynajmniej częściej, niż to zdołały zdziałać nasze dotychczasowe sposoby leczenia, czas pokaże, pokażą też zapewne przyszłe statystyki porównawcze tego nowego i dawnych sposobów leczenia. Na razie możemy tylko z pewnych luźnych spostrzeżeń rozmaitych autorów, spostrzeżeń tak dawnych, jak i świeższej daty wnosić, że droga na którą wkraczamy nie jest beznadziejna, owszem jest może drogą właściwą i obiecującą.

Wiadomo, że nie wszyscy kiłowi zapadają na późne schorzenia kiłowe mózgu i rdzenia; wiadomo ze statystyki Mattauschka i Pilcza, że na porażenie postępujące zapada stosunkowo niewiele, bo 4.67%. Kto z kiłowych zapadnie na porażenie postępujące nie wiemy; nie wiemy mimo badań płynu mózgowo-rdzeniowego; nie wiemy też, dlaczego jedni chorzy zapadają na choroby kiłowe mózgu i rdzenia a inni nie. Mroki te rozjaśniają nieznacznie tylko, pewne luźne spostrzeżenia. Oto ze wspomnianej statystyki Mattauschka i Pilcza, statystyki opartej na 4134 przypadków wynika, że z pośród 241 chorych kiłowych, którzy po zakażeniu kiłowem przebyli jakąkolwiek chorobę gorączkową ani jeden nie zapadł na porażenie postępujące, gdy uwzględniając przeciętną procentowość powinno wśród tej liczby zapaść na porażenie postępujące 9—12 chorych; u tych natomiast, którzy okazywali objawy porażenia postępującego nie stwierdzono wywiadami ani razu przebycia choroby gorączkowej. Autorowie wnioskują stąd, że przebycie chorób zakaźnych po zakażeniu kiłowem mogło mieć pewien wpływ zapobiegawczy.

Wiadomem jest, że w krajach podzwrotnikowych, gdzie panują i szerzą się niemal powszechnie choroby gorączkowe zakaźne takie jak zimnica podzwrotnikowa i żółta febra i gdzie kiła bynajmniej nie jest rzadszą, a raczej częstszą niż w krajach cywilizowanych porażenie postępujące i wiąd rdzenia należą do niezwykłych rzadkości. Zwracają na to uwagę bardzo liczni autorowie; ostatnio odnośnie do wschodnich wybrzeży Sumatry Heinemann, odnośnie do pewnych okolic Chin Bercowitz, odnośnie do Indyj holenderskich Kirschner i van Loon. Bercowitz stwierdza, że mimo, iż wśród Chińczyków około 60% ludności, jest dotknięte kiłą, w ciągu ośmiu lat nie spotkał ani jednego przypadku porażenia postępującego, co tłumaczy sobie tem, że przynajmniej w 90% można stwierdzić zimnicę jawną lub utajoną. Zimnica więc najprawdopodobniej zapobiega schorzeniom metaluetycznym. W Indjach holenderskich wśród chorych na porażenie postępujące spotyka się trzy razy więcej Europejczyków niż tubylców (9.1% i 2.9%). Spostrzeżenia te zdają się potwierdzać korzystne zapobiegawcze działanie chorób zakaźnych, w szczególności zimnicy. Nie jest to jednak regułą, bo Kirschbaum w swoim materjale przy troskliwem zbieraniu wywiadów stwierdził przecie kilka przypadków porażenia postępującego u chorych, którzy przedtem przebyli zimnicę. O kilku podobnych przypadkach wspomina też Gerstmann, ale równocześnie podnosi z naciskiem, że te nieliczne przypadki nie mogą przemawiać przeciw uznanej powszechnie skuteczności leczniczej zimnicy szczepionej.

Tak przedstawia się w ogólnych zarysach zagadnienie leczenia kiły zimnicą, dotąd, jak się zdaje, rozwiązane pomyślnie odnośnie do ostatniego, końcowego aktu tej choroby, a będące zaledwie w okresie prób, o ile chodzi o jej pierwsze stadja, prób, zachęcających jednakowoż i wiele obiecujących, bo opartych na słusznej, na wielu polach nauki lekarskiej obowiązującej zasadzie, streszczającej się w słowach: *„Principiis obsta!"*.

Z PRAKTYKI.

Dr. N. GRYNBERG. Stopłce.

Ciekawe wskazania do cięcia cesarskiego.

Ze szpitala powiatowego w Stołpcach. Dyrektor: Dr. N. Grynberg.

Aczkolwiek operacja cięcia cesarskiego należy obecnie do zabiegów, wykonywanych nie tylko w klinikach, lecz i w zwykłych szpitalach prowincjonalnych, ośmielam się jednak podać do wiadomości kolegów przypadek, obserwowany i operowany przez siebie, ze względu na wskazanie do wymienionej operacji.

8. VI. r. b. do szpitala powiatowego w Stopłcach zgłosiła się kobieta, lat 32, która podaje, że od wczorajszego dnia miewa bóle porodowe, które coraz więcej wzmagają się. Z wywiadów ustalono, że 6 lat temu chora, będąc pierwszy raz w ciąży, była poddana operacji wymóżdżenia z powodu zbyt dużej główki płodu, po tej operacji chorowała około miesiąca, i od tego czasu nie zachodziła więcej w ciążę, mając cały czas prawidłowe regularności. aż do 1 września 1925 r., kiedy to po tej dacie takowe więcej nie ukazywały się.

St. praesens. Chora średniego wzrostu, dobrego odżywienia, ciepł. 36,6°, tętno dobrego napięcia, miarowe, 72 na minutę. Dno macicy odpowiednio do X miesiąca księżycowego ciąży. Bicie serca płodu wysłuchuje się z lewa od pępka. Położenie płodu podłużne, główka ruchoma nad wejściem miednicy, pozycja pierwsza. Wymiary miednicy: międzygrzebieniowy — 28 cm, międzykolcowy — 25, odległość między krętarzami — 30 cm, *conjugata externa* — 20 cm.

Przy badaniu wewnętrznem wskazujący palec zachodzi do pochwy zaledwie na wysokość 4 cm. i dalej opiera się o jakiś twardy opór. Przy badaniu wziernikami stwierdza się na przedniej i tylnej ściance pochwy mnogie blizny, zajmujące całą górną połowę pochwy, która przedstawia się prawie zupełnie zarośnięta, mając tylko w środku punkcikowaty otwór, przepuszczający zaledwie cieniutką sondę; z tego otworu sączy się krew. Blizny są twarde i nieruchome. Przy badaniu *per rectum* wargi maciczne wyczuwają się, rozwarcie na 3 palce.

Stanęliśmy wobec zadania, co robić w danym przypadku; liczyć na to, żeby poród odbył się *per vias naturales* nie można było w żadnym razie. Przed nami była alternatywa — albo rozszerzyć otwór w pochwie lub poddać chorą cięciu cesarskiemu. Po niedługim namyśleniu zaniechaliśmy pierwszego sposobu, gdyż rozcinać na ślepo stare stwardniałe, zrośnięte z otoczeniem blizny było niebezpieczne ze względu na możność uszkodzenia pęcherza moczowego lub odbytnicy i oprócz tego takie forsowane rozszerzenie również nie dałoby gwarancji, że główka może przejść przez stwardniałe, pozbawione sprężystości tkanki.

Wobec tego zdecydowaliśmy przystąpić do cięcia cesarskiego, tem bardziej, że dany przypadek zupełnie nadawał się do tej operacji, gdyż chora nie była przez nikogo badana i ogólny stan chorej był bardzo dobry.

O godzinie 3 popołudniu w znieczuleniu chloroformowem przystąpiono do operacji (Dr. Grynberg). Po rozwarciu jamy brzusznej macica wydobyta na zewnątrz i rozwarta za pomocą poprzecznego cięcia po Fritsz'u; cięcie niestety trafiło na miejsce przymocowania łożyska, wobec czego powstał dość silny krwotok, który jednak wkrótce udało się opanować. Wydobyto dziecko w stanie lekkiej asphyxji, które prędko ocucono. Macica zeszyta

trzechpiętrowym szwem, rana jamy brzusznej zaszyta na głucho. Operacja trwała 40 minut.

Pooperacyjny przebieg był pomyślny, tylko w pierwszych dniach chorą męczyły wymioty, przyczem z ust kilka razy wychodziły *ascarides*. Odchody z pochwy bez zapachu w pierwszych dwóch dniach były bardzo obfite, na trzeci dzień zrobiły się skąpsze i jednocześnie ciepłota podniosła się do 38,4, wobec czego wprowadzono do pochwy wzierniki i pod kontrolą palca zrobiono dwa nieduże poprzeczne cięcia po obu stronach otworu. Na drugi dzień ilość odchodów powiększyła się i ciepłota spadła do normy. Rana zagoiła się przez rychłozrost, i chora na 17 dzień opuściła szpital w dobrym stanie.

Jeżeli ośmieliłem się opisać powyższy przypadek, to tylko z tego powodu, że w dostępnem mi piśmiennictwie oraz podręcznikach mowa jest o wskazaniach do cięcia cesarskiego z powodu odpowiedniego zwężenia miednicy, nowotworów i t. d. i prawie nic nie mówi się o zarośnięciach pochwy; krótką wzmiankę o tem znalazłem tylko w ginekologji Rosnera, który powaida, że zwężenia pochwy mogą się stać przyczyną wprost nieprzezwyciężonych przeszkód porodowych i uczynić koniecznem cięcie cesarskie.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. Adolf SCHWARZBART. Kraków.

Direktoskopja według Haslingera w klinice i w praktyce.

Z oddziału otolaryngologicznego szpitala izraelickiego w Krakowie.
Prymarjusz: Dr. A. Schwarzbart.

Odczyt wygłoszony na Walnem Zebraniu Polskiego Towarzystwa Oto-ryno-laryngologicznego w Warszawie dnia 29 czerwca 1926 r.

W łańcuchu endolaryngealnych metod badania i leczenia przybywa laryngologji w ostatnich czasach nowe ogniwo, a jest niem laryngoskopja bezpośrednia.

Znane są etapy piętnastoletniego rozwoju tej metody od kiljanowskiej laryngoskopji w zawieszeniu[1]) aż po dzień dzisiejszy. Znane są również główne jej cechy względnie zalety, jak oswobodzenie obu rąk lekarza, obuoczna inspekcja, szerokie pole widzenia, wreszcie umożliwienie nieprzerwanego i bezpośredniego dostępu do pola operacyjnego.

Przystępując do zastosowania jednej z metod objętych tem mianem trzeba przedewszystkiem rozstrzygnąć pytanie, której z nich należy się pierwszeństwo. Odpowiedź na nie wypadnie różnie, zależnie nie tylko od objektywnej wartości metody ale i od warunków pracy jakoteż od indywidualności badacza. I my postaramy się dać na nie odpowiedź przy uwzględnieniu tych wszystkich punktów widzenia.

Laryngoskopja w zawieszeniu K i l l i a n a jest niewątpliwie pierwowzorem wszystkich odmian laryngoskopji bezpośredniej. Ma ona liczne zalety, a przedewszystkiem ogromne znaczenie jako metoda historycznie przełomowa. Jest jednak skomplikowana i droga, dla pacjenta przedstawia się jako poważny zabieg z nieprzyjemną i odstraszającą perspektywą zawieszenia jego głowy na ruchomej „szubienicy" nad stołem operacyjnem. Jakkolwiek więc w niektórych zakładach do dziś dnia jest stosowana i w właściwych warunkach oddaje dobre usługi, dla nas przy szczupłych warunkach przestrzeni, asysty i środków materjalnych nie miała wartości.

Te same uwagi dotyczą odmian tej metody włącznie z metodą A l b r e c h t a (Stützautoskopie).

Z innych dostępnych mi typów wziernik Polyaka nie spełnia kardynalnych warunków postawionych na wstępie laryngoskopji bezpośredniej, nie posiada bowiem samoczynnego ustalenia, a jest raczej serją szpatułek Kirsteinowskich na uniwersalnej rękojeści.

Ten sam zarzut braku samoczynnego ustalenia spotyka przyrząd J. Pieniążka, demonstrowany na Zjeździe polskich Otolaryngologów w r. 1925, jakkolwiek istnieją usiłowania dopełnienia tego braku odpowiedniemi urządzeniami dodatkowemi.

Ortoskop Roberta Leroux *(Orthoscope autostatique)* podany w r. 1913, nie był mi dostępny.

Autoskop Wagenera nie daje szerokiego pola widzenia, pozatem według słów Caesara H i r s c h a opiera się zbyt wyłącznie na zgryzie pacjenta, stając się dlań niebezpiecznym i przykrym.

Autoskop Hoelschera odrzuciłem po uwzględnieniu mało przemyślanej konstrukcji i po otrzymaniu wiadomości od autora, że już sam pomysłem swym się nie zajmuje.

[1]) A. Schwarzbart: Postępy laryngoskopji bezpośredniej w rzucie historycznym. Polski Przegląd otolaryngologiczny. Rocznik III. Zeszyt I. Tamże piśmiennictwo.

Baczniejszą uwagę zwróciłem na autoskop Seifferta (Bruststützautoskop). Jest to oryginalnie zmodyfikowany hak Killiana. Przyrząd ten jest niewątpliwie dobrze obmyślonym i bardzo precyzyjnie skonstruowanym, oddaje doskonałe usługi i jest po dziś dzień w niejednym zakładzie stosowanym. Wymaga wszelako jeszcze zdaniem wielu fachowców pewnych zmian w materjale i konstrukcji. W obecnej formie jest bardzo ciężki; waży około 700 gramów. Poza tem długość jego wynosi ½ metra bez szpatułki, mechanizm jest złożony, a ostre zęby na grzbiecie szpatułki wciskają się w język badanego.

Rozglądałem się tedy za innym modelem, i w tym czasie poznałem w lecie zeszłego roku Direktoskop Haslingera, a zalety tego przyrządu z aluminium, przedewszystkiem jego lekkość, jego genjalna rzec można celowość i prostota w konstrukcji skłoniły mnie do niezwłocznego przyswojenia techniki pod kierownictwem autora i do zastosowania Direktoskopji na swym oddziele, a rychło potem w praktyce prywatnej.

Jak wiadomo, Direktoskop jest rodzajem dwułyżkowego wziernika, który uwzględnia szczególne warunki topograficzne jamy ustnej i gardła. Jedna łyżka tego wziernika, to płaska szpatułka, która po wprowadzeniu przyrządu opiera się ruchomą elastyczną pelotą na kręgosłupie w okolicy gardła dolnego, druga zaś to rynienka, która wypiera język i przylega końcem do wklęsłej powierzchni nagłośni. Gdy po założeniu rozkręcamy wziernik, unieruchomiony na kręgosłupie i zgryzie, wówczas uwidaczniają się krtań i gardziel, gardło dolne i głębsze części tchawicy.

Wyniki moich badań i spostrzeżeń w ciągu ostatniego roku przedstawiają się jak następuje:

Ogólna ilość wykonanych direktoskopij wynosi 129 łącznie na oddziele i w praktyce prywatnej. Przeważnie badałem chorych na poczekaniu. Okazuje się korzystnem badać, gdy chory jest naczczo.

Materjał dzielę ze względów praktycznych na dwie klasy, zależnie od tego czy badanie odbywa się w znieczuleniu miejscowem czy w uśpieniu, względnie zamroczeniu. Z reguły wystarcza znieczulenie miejscowe. Do narkozy kwalifikują się osobniki, u których nie można liczyć na dyscyplinę woli i te u których laryngoskopja lusterkiem jest bardzo utrudniona lub niemożliwa. Należą tu więc przedewszystkiem dzieci i jednostki młode, następnie ludzie nadwrażliwi i o bardzo wygórowanych odruchach, ludzie słabo reagujący na miejscowe znieczulenie, wreszcie ludzie z nieprawidłową konfiguracją nagłośni czyto wrodzoną czy też spowodowaną zmianami nabytemi jak nacieki, blizny itd. Klasa ta z wyjątkiem dzieci jest jednak pojęciem względnem i ulega stopniowemu zmniejszeniu

1) przy zastosowaniu przed badaniem, morfiny — ewentualnie ze skopolaminą,

2) przy stosowaniu dobranych do przypadku środków znieczulających jak np. w razie potrzeby 30% kokainy w alkoholu, tutokainy itd., wreszcie

3) w miarę wzrastającej wprawy i pewności siebie badającego. W moim materjale ilość chorych poddanych narkozie lub zamroczeniu wynosiła 17 tj. 13.2%. Pozostałych 112 badałem w znieczuleniu kokainą z suprareniną. Znieczulenie należy doprowadzić do zupełnego zniesienia odruchów dławienia.

W razie silnego ślinienia lub regurgitacji stosowałem pompkę z popędem elektrycznym, skonstruowaną przez połączenie pompki usznej Breitunga z jednej strony z motorem pantostatu, z drugiej z pompką ślinową Brüningsa. Skombinowana ta improwizacja pracuje znakomicie i czyni zbyteczną specjalną instalację pompy wodnej stosowanej przez Killiana i Haslingera. Pompka ręczna jest za słabą.

Co do pozycji badanego, to w zasadzie można stosować siedzącą i leżącą. W praktyce doszedłem do wyłącznego stosowania pozycji leżącej na wznak z głową nie zwieszoną gdyż zwieszenie głowy jest niekorzystne, lecz przegiętą w tył na wałku lub klinie o przekroju trójkąta równobocznego. Pozycja ta jest zarówno dla chorego jak i dla lekarza najbardziej dogodną i wytrzymałość pacjenta na dłuższe badanie lub zabieg jest w tej pozycji największa. Dla lekarza uprawiającego tak jak ja, bronchoskopję i ezofagoskopję wyłącznie w pozycji leżącej, stanowi ona również bardzo korzystne ujednostajnienie techniki.

Oświetlenie najodpowiedniejsze daje lampka Haslingera umieszczona ruchomo u wlotu Direktoskopu i podlegająca dobrej regulacji co do kierunku i głębokości snopu światła. Można jednakże używać także światła odbitego od lustra czołowego.

Zabiegów operacyjnych wykonałem 27 przy następujących rozpoznaniach:

Tuberculosis laryngis	5	znieczulenie miejscowe
noduli chordarum	7	
polypus commissurae anterioris	2	
polypus chordae verae	6	
infiltratio subglottica	1	
pachydermia laryngis	2	
corpus alienum hypopharyngis	1	
papilloma laryngis	2	narkoza
corpus alienum tracheae	1	
	27	

W trzech ostatnich przypadkach stosowana była narkoza, w pozostałych znieczulenie miejscowe. Resztę przypadków w ilości 102 badałem albo tylko w celach rozpoznawczych, albo w celu leczenia konserwatywnego. Obejmują one następujące rozpoznania:

observatio	52
laryngitis chronica	15
Struma	18
corpus alienum suspectum	5
scleroma	1
polypus chordae	3
noduli laryngis	2
epithelioma chordae	1
asthma bronchiale	5
	102

Przystępując do oceny laryngoskopji bezpośredniej jako nowej metody wstępującej w szranki współzawodnictwa z tem co w laryngoskopji jest już ustalonem, musimy odrazu powiedzieć, że w wielu sprawach krtaniowych okazuje się lusterko w rękach wprawnych zarówno rozpoznawczo jak i chirurgicznie, równouprawnioną współzawodniczką laryngoskopji bezpośredniej. I w tych jednak razach ta ostatnia, dając możność obserwacji „bezpośredniej" obuocznej szczegółów, umożliwia większą ich wyrazistość i stereoskopijną plastykę, a w razie zabiegu cechuje ją większa niezależność od pacjenta.

Właściwa wyższość laryngoskopji bezpośredniej występuje jednak dopiero tam na jaw, gdzie zaczyna zawodzić lusterko. W jednym przypadku długotrwałej chrypki rozpoznanie polipa pod struną w okolicy więzadła przedniego postawiłem dopiero w direktoskopji, a usunięcie go w tem samem posiedzeniu przywróciło głos pacjentowi. W dwu przypadkach przewlekłej chrypki długo bezskutecznie leczonej, lusterko wzbudzało lekkie podejrzenie pachydermji t y l n e j ś c i a n y, nie dając jednak wyraźnego obrazu. Natomiast direktoskopja dając możność lepszego nastawienia ściany tylnej ujawniła tamże bardzo plastycznie liczne kosmkowate zgrubienia śluzówki, po których usunięciu w tem samem posiedzeniu chrypka w jednym przypadku ustąpiła całkiem, a w drugim się bardzo znacznie zmniejszyła.

W jednym przypadku podejrzenia na ciało obce, lusterko nic nie wykazało, Roentgen wykazywał zaciemnienie, a direktoskop ujawnił kość w gardle dolnem. Usunięcie jej w tem samem posiedzeniu uczyniło w tym przypadku zbędną ezofagoskopję względnie hipopharyngoskopję.

W dwu przypadkach chrypki i duszności u dzieci, gdzie badanie lusterkiem nie dało się przeprowadzić direktoskopją w uśpieniu wykazała brodawczaki krtani, umożliwiając zarazem ich usunięcie.

Rozpoznanie gruźlicy krtani łatwo zwykle przy pomocy lusterka postawić, wystarcza też w tych razach lusterko do ewentualnego wycięcia próbnego a i galwano-kaustyczne leczenie da się nieźle w kilku lub paru, rzadko w jednem posiedzeniu przeprowadzić. Direktoskopja, udostępniając pole operacyjne dowolnie długo i bardzo szeroko, umożliwiła mi jednak w kilku przypadkach przeprowadzenie całego leczenia w jednem posiedzeniu.

Wspomniany powyżej przypadek obcego ciała wskazuje, jak Direktoskopja może w pewnych razach współzawodniczyć z esophagoskopją. Najciekawszą była jednak historja choroby, która przedstawia się następująco:

Dnia 6 grudnia 1925 zgłosiła się do ambulatorjum oddziału matka z 12 miesięcznem dzieckiem S. R. Wywiad wykazuje, że matka podała ubiegłego wieczora dziecku bułeczkę umaczaną w sosie z ryby. Dziecko miało się podczas połykania zakrztusić i rzekomo od tego czasu ciężko oddecha i kaszle.

Status praesens: Dziecko dobrze odżywione, ssie i połyka prawidłowo. Jest nieco niespokojne. Lekki stridor oddechowy, od czasu do czasu kaszel suchy, nieco stenotyczny. Ciepłota prawidłowa. Szmery oddechowe nad klatką piersiową obustronnie równomiernie osłabione, tętno miernie przyspieszone (104). Badanie nosa i gardła z wynikiem ujemnym, laryngoskopia nie da się przeprowadzić. Wyraziłem podejrzenie na aspirację ciała obcego do dróg oddechowych, skierowałem do Roentgena i poleciłem zgłosić się z odpowiedzią. Matka jednakże zniknęła z mojej obserwacji.

Po pięciu dniach dziecko zostało przez matkę dostawione ponownie na oddział.

Wywiad obecny: Badanie roentgenologiczne było ujemne. Dziecko od czasu ostatniego badania było umieszczone na jednym z oddziałów chorób dzieci, z podejrzeniem na dyfterję. Kiedy badanie w tym kierunku wypadło ujemnie, a stan dziecka się silnie pogarszał, matka zgłosiła się ponownie na mój oddział. Dziecko kaszle dużo, ssie dobrze.

Status praesens 11. XII. Temp. 39,2, tętno 136 miękkie, znaczna duszność oddechowa i wydechowa, oddech świszczący, silne zaciąganie wdechowe w okolicy podmostkowej, sinica, dziecko bardzo niespokojne, stłumienia nad klatką piersiową nie stwierdza się, szmery oddechowe bardzo słabo słyszalne, nieliczne rzężenia oskrzelowe, phonacja podczas krzyku głośna.

Rozpoznanie obecne: Podejrzenia na ciało obce dróg oddechowych, *bronchitis cum statu febrili, pneumonia incipiens suspecta.*

Przystąpiłem niezwłocznie do bronchoskopji w narkozie. Wobec obfitych wymiotów utrudniających orjentację zdecydowałem się na direktoskopję. Gdy udało się oczyścić pole widzenia i po zastosowaniu rozpylenia kokainy z suprareniną do tchawicy, dostrzegłem wprost na bifurkacji tchawicy dwie ości, które szczypcami Brüningsa, usunąłem. Po trzech dniach dziecko w stanie zupełnego zdrowia zostało z oddziału wypisane. Przypadek ten przedstawiłem w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem. Zdaje się on wskazywać, że w pewnych razach direktoskopja może wyręczyć skutecznie bronchoskopję, względnie zastąpić tracheotomję.

Również w wielu wypadkach wola, próbowałem stosować direktoskopję zamiast tracheoskopji, dla stwierdzenia stosunków w tchawicy. W celach porównawczych stosowałem szereg razy równocześnie direktoskopję i bronchoskopję. Badania te wykazały, że direktoskopja niejednokrotnie orjentuje wystarczająco co do stosunków w tchawicy, pozwalając rozpoznać, a przy pewnej wprawie i umiejscowić przemieszczenie i kompresję w jej obrębie.

Dalszą wielką korzyścią pracy w laryngoskopji bezpośredniej jest większa łatwość i pewność opanowania krwawienia, wskutek czego praca staje się dokładniejsza, a ryzyko większego zabiegu zostaje pomniejszone.

Doświadczenia Killiana, Haslingera i innych wykazują, że ograniczone wczesne nowotwory krtani, choćby i złośliwe udaje się usunąć drogą laryngoskopji bezpośredniej, nie uciekając się do rozszczepienia krtani.

W szeregu nowoczesnych metod leczenia energją promienistą, jak rad, lampa łukowa i t. d. znajduje laryngoskopja bezpośrednia bardzo celowe i wdzięczne zastosowanie.

O zastosowaniu laryngoskopji bezpośredniej do zabiegów chirurgicznych w jamie ustnej z gardzieli wspomina Killian (G. Killian: Die Schwebelaryngoskopie 1920). Kazuistyka Haslingera wykazuje, że direktoskopia może mieć zastosowanie w bardzo pomysłowych metodach leczenia zwężeń krtani nabytych [2]).

W ten sposób wyczerpałem najważniejsze zastosowania laryngoskopji bezpośredniej .

Przeciwwskazań ogólnych do direktoskopii nie ma z wyjątkiem ciężkich stanów, wymagających zupełnego spokoju, jak np. krwotoki płucne lub niedomoga serca. Miejscowem przeciwwskazaniem mogą być zmiany jak owrzodzenia w miejscach gdzie opierają się części przyrządu np. tylna ściana gardła dolnego.

Zdatność bierną do direktoskopji posiada każdy. Brak zębów direktoskopję ułatwia, krótki, gruby kark i wystające zęby są czynnikiem utrudniającym.

Subjektywna przykrość założenia przyrządu jest nieznaczna, czasami badani mają niemiłe uczucie rozpierania w stawach żuchwowych.

Obrażeń nie spostrzegałem za wyjątkiem rzadko zdarzającego się ochwiania słabo osadzonego zęba lub nieznacznych otarć czy wybroczyn w okolicy nalewkowej w razie niedokładnego nastawienia przyrządu.

Powikłań przy badaniu lub zabiegach nie spostrzegałem. Poza tem wyniki leczenia były bez wyjątku doskonałe.

Jeśli mam teraz spostrzeżenia moje w zakresie laryngoskopji bezpośredniej, a w szczególności direktoskopji ująć we wnioski ogólne, to brzmią one następująco:

---

[2]) Monatschrift für Ohrenheilkunde und Rhinolaryngologie T. 58. z r. 1924 Nr. 2 str. 174 F. Haslinger. Ein Fall von Membranbildung im Larynx. Eine neue Metode zu ihrer Behebung — j. w. T. 59. r. 1926 Nr. 11 str. 1244. F. Haslinger. Fall von narbiger Synechie der Stimmlippen.

Laryngoskopja bezpośrednia wypełnia szereg braków laryngoskopji pośredniej, a w pewnych wypadkach zastępuje skutecznie inne bardziej skomplikowane metody endoskopijne jak tracheoskopja, ezofagoskopja wzgl, hypopharyngoskopja, a nawet metody krwawe jak rozcięcie tchawicy i rozszczepienie krtani. W pewnych razach laryngoskopja bezpośrednia jest jedyną racjonalną metodą dla umożliwienia rozpoznania i leczenia, szczególnie u dzieci. Jedną z bardzo ważnych zalet laryngoskopji bezpośredniej jest szeroki i wygodny dostęp, umożliwiający precyzyjną pracę i dobre tamowanie krwawienia. Wobec tego wszystkiego laryngoskopja bezpośrednia oznacza bezsprzeczny postęp w metodyce laryngologii i zasługuje na ogólną uwagę i rozpowszechnienie.

Pośród odmian laryngoskopji bezpośredniej wyróżnia się direktoskopja według Haslingera jako metoda prosta i dla pacjenta łagodna. Direktoskopja nie ustępuje w niczem innym bardziej skomplikowanym typom laryngoskopji bezpośredniej, a wskutek swojej prostoty nadaje się do zastosowania nie tylko w zakładach, lecz także i w prywatnym pokoju ordynacyjnym specjalisty.

OCENY.

Prof. Dr. Kaz. Karaffa-Korbut: *„Higjena publiczna"*. Podręcznik dla szkół średnich. Nakładem Warszawskiego Tow. higjenicznego. Wilno 1926. str. 128.

W skromnej pod względem rozmiarów książce, a w sposób niezwykle przystępny, i popularny ujął autor cały ogrom zagadnień dzisiejszej higjeny w ten sposób, że nie tylko uczeń, ale i przeciętny, zdala od nauk przyrodniczych i lekarskich stojący inteligent, po dokładnem przeczytaniu tego dzieła musi nabrać pojęcia o głównych zasadach, celach i znaczeniu higjeny w życiu.

Jest to zatem dzieło bardzo pożyteczne i dla spopularyzowania zasad higjeny o daleko idącem społecznem znaczeniu.

K.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Polskie archiwum medycyny wewnętrznej. Tom III. Zeszyt 1: J. Skłodowski: Hemoglobinuria w otruciu kwasem octowym. — E. Bratkowski: W sprawie przemiany azotu i wody w żółtaczce. — Zdz. Gorecki i Zygm. Gorecki: „Liczba jodowa" w surowicy krwi a odczyt Botelho. — J. Kornberg: Zachowanie się kwasu moczowego we krwi w różnych stanach chorobowych. — A. Elektorowicz: Badanie roentgenologiczne nad zmianami krezki esicy. — R. Płotkowiakówna: O wykrywaniu złota w wydalinach ludzkich i w narządach króliczych po wstrzykiwaniach sanokryzyny. — J. Raczyński: Nowy sposób barwienia rozmazów krwi i pasorzytów zimnicy. — F. Łabendziński: O nowym objawie chwiejności kolloidowej krwi i jego znaczeniu rozpoznawczem. — J. Itelson: Przemiana wodna w związku z zaburzeniami koloidalnemi ustroju. — Z. Kuncewicz: Wartość kliniczna badania krwi metodą Arneth-Schillinga. — A. Margolis: O typach wydzielania żołądkowego. — S. Keilson i H. Kryszek: Spostrzeżenia nad zachowaniem się serca w przebiegu suchot płucnych. — G. Pokorny: W sprawie sposobu powstawania zaburzeń trawiennych kiszkowych fermentacyjnych. — H. Sochański: Z patogenezy chorób nerkowych w świetle niektórych badań klinicznych.

Tom. III. zeszyt 2.: W. Orłowski: Biochemja ustroju ludzkiego w pracach śp. K. Rzętkowskiego. — Z. Michalski: Sprawozdanie z działalności I. kliniki wewn. w szpitalu św. Ducha. — M. Semerau-Siemianowski i J. Misiewiczówna: O skazach krwotocznych. — I. Bełkowski: Żółtaczka o przebiegu ciężkim przy objawach zupełnego zamknięcia przewodu żółciowego. — J. Finkelkraut i T. Milewski: Badania nad powstawaniem urubilinogenurji. — K. Gerner: W sprawie patogenezy wrzodów żołądka i dwunastnicy. — J. W. Grott: Wpływ trypsyny na cukier we krwi. — A. Kaczyński: Wahania w stężeniu jonów H w moczu, jako czynnik leczniczy w przewlekłych zapaleniach miedniczek nerkowych. — M. Landsberg i H. Gnoiński: Badania nad pozanerkowem wydalaniem mocznika zapomocą t. zw. wiwidializy. — T. Milewski: Odczyn opadania krwinek i jego znaczenie dla kliniki. — T. Milewski: Kapilaroskopja, jako kliniczna metoda badania. — J. Misiewiczówna: Badanie ciśnienia żylnego w klinice. — Kl. Rachoń: W sprawie eozynopenji doświadczalnej. — A. Stefanowski: O zaburzeniach w krążeniu, wywołanych przez zrost serca z osierdziem i klatką piersiową.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Surgery, Gynecology and obstetrics.

1926. XLII/6.

L. Davis a. A. Kanavel: *Sympatektomja w chor. Raynauda, erytromelalgji itd.* W niektórych przypadkach schorzeń naczyniowych, jak chor. Raynauda i erytromelalgja usunięcie nerwów sympatycznych (szyjnych, względnie lędźwiowych) daje w objawach znaczną poprawę, sprowadzając w przeciągu jednego do dwuch tygodni przekrwienie i zwiększenie ciepłoty kończyny.

G. Tucker: *Endoskopja.* Autor ma bardzo dobre wyniki, lecząc sprawy płucne ropne przy pomocy bronchoskopji. W pracy załączył szereg porównawczych zdjęć roentgenologicznych.

E. Eliason a. M. Wright: *Cukrzycowa i miażdżycowa zgorzel dolnych kończyn.* Praca statystyczna. Obserwacja tyczy 45 przypadków zgorzeli miażdżycowej i 55 cukrzycowej dolnych kończyn, które musiano odjąć. Autorowie omawiają oba typy razem, by wykazać wspólne i odrębne cechy. $^1/_5$—$^1/_4$ cześć osób z cukrzycą umiera z powodu zgorzeli, przyczem najbardziej niebezpiecznym okresem jest piąte i szóste dziesięciolecie. Zgorzel cukrzycowa występuje przeciętnie o 10 lat wcześniej od starczej; poważną rolę w jej spowodowaniu odgrywa uraz. Badania tętnic przy zgorzeli cukrzycowej wykazują wybitne zmiany miażdżycowe, co należy mieć na uwadze przy zabiegu, by módz wykonać odjęcie dostatecznie wysoko.

G. Probstein a. G. Seelig: *Podostre wgłobienie jelit (inv. ileocolica) w następstwie raka jelita cienkiego.* Opis przypadku.

L. Carp: *Przetoki skrzelowe i ich stosunek do nerwu błędnego.* Pięcioletni chłopiec cierpiał od dwu lat na bardzo uporczywy kaszel. Wszelkie stosowane środki nie dawały wyniku dodatniego. Przy badaniu stwierdzono u niego prawą przetokę skrzelową, nie zupełną, zewnętrzną, która jak okazało się przy zabiegu była w stanie zapalnym i zrośnięta z n. błędnym. Po jej wycięciu kaszel ustał zupełnie i nie wracał dwa i pół roku po zabiegu.

Podobny stan podrażnienia n. błędnego (kaszel, chrypka, bicie serca i t. d.) otrzymuje się nieraz przez wstrzykiwanie do wspomnianej przetoki płynów rozpoznawczych.

M. Muschat: *Ruchliwość ludzkich plemników.* Praca doświadczalna, traktująca o wpływie zmian koncentracji jonów wodoru na ruchy plemników.

S. Mentzer: *Kliniczne i patologiczne badania nad zapaleniem woreczka żółciowego i kamicą żółciową.* Praca oparta na 612 sekcjach pośmiertnych.

S. Monash: *Proliferacyjne zapalenie dziąseł w ciąży.* Sześć przypadków wspomnianego w tytule zapalenia, zaczynającego się w różnym okresie ciąży, jakoteż samoistnie zmniejszającego się względnie znikającego po porodzie. Sprawa nie stanowi niebezpieczeństwa dla ciąży. Jeśli nie znika samoistnie, należy w pierwszym lub drugim miesiący po porodzie po usunięciu czynników drażniących, wybujałość wyciąć.

M. Gehee a. Michelson: *„Torula infectiosa in man"*. Opis rzadkiego przypadku.

W. Griffith: *Chirurgja u pacjentów gruźliczych.* Krótka praca kliniczna.

W. Hennerich: *Gorączka po ukąszeniu przez szczura.* Opis przypadku.

H. Levis: *Cesarskie cięcie.* Statystyczna praca szpitala okręgowego w Chicago na podstawie obserwacji 170 przypadków, w których wykonano cięcie cesarskie w latach 1914 do 1925.

Chirurgja kliniczna:

U. Valdes: *Chirurgiczne leczenie ropni wątroby.*

W. Walters: *Zespolenie woreczka żółciowego z żołądkiem.*

I. Abell: *Technika suspencji macicy.*

F. Dubose: *Technika wycięcia macicy.*

C. Heald: *Pojedynczy, bezkrwawy zabieg przy wypadnięciu odbytnicy u dzieci.*

A. Key: *Aparat wyciągowy.*

L. Thornton: *Zabieg wytwórczy przy starych złamaniach kości promieniowej.*

S. Pulford: *Rak płasko-komórkowy.*

Janik (Lwów).

Medizinische Klinik.

Nr. 20.

Pels-Lensden: *Leczenie ropowic.* Im wcześniej przy zakażeniu nacinamy, tem pewniej unika się zniszczenia tkanki zdro-

wej. Nie należy stosować znieczuleń miejscowych, lecz wykonywać operację w oszołomieniu lub ogólnej narkozie.

Walder: *Zapalenie gruźlicze opłucnej.* Zapalenie opłucnej jest w wielu razach zjawiskiem biologicznie korzystnem i stanowi naturalną próbę leczenia. Jest ono zawsze sprawą wtórną powstałą przeważnie drogą naczyń limfatycznych. Rokowanie poważne jedynie w cięższych i dalej posuniętych przypadkach gruźlicy. Leczenie winno wspierać przyrodę i usuwać wszelkie bodźce drażniące: leżenie, ew. na świeżem powietrzu. O ile niema wskazania bezwzględnego, punktować dopiero w czasie ustępowania wysięku.

Pamperl: *Doświadczenia nad chirurgicznem leczeniem gruźlicy płuc.* Autor podaje wyniki doświadczeń nad phrenikotomją i phrenikoexhairezą oraz paravertebralną resekcją żeber wedle Sauerbrucha. Wyniki badań zadowalniające, mimo iż materjał obserwowany b. szczupły. W 19 przypadkach wykonano phrenikotomję i phrenikoexhairezę, a wynikiem ich było prawie zawsze uniesienie odpowiedniej połowy przepony oraz łatwiejsze odkaszliwanie. U 22 chorych wykonano całkowitą (20) lub częściową pozaopłucnową thorakoplastykę. Z 12 pozostających w obserwacji u 6-ciu gorączka ustąpiła, przybrali na wadze, w plwocinie zniknęły prątki. Przyjąć należy, że w ogólności 30% chorych zostaje uleczonych przez ten zabieg i wraca z powrotem do pracy. Statystyka Alexandra (1918—1923), obejmująca 1024 przypadków operowanych, wykazuje 23.8% wyzdrowień zupełnych, 8.3% klinicznie zdrowi, 9.3% z wyraźną poprawą, 16.8% poprawa, 1.3% bez zmiany a 3.5% pogorszenie. Śmiertelność całkowita wynosiła 31.6%.

Glaser: *Szczepienie zwierzęcą surowicą ochronną odrową wedle Degkwitza.* Z 15 dzieci szczepionych nie zmarło żadne. Odra przebiegała lekko, bez powikłań, lub częściowo jako niewinne schorzenia szczepienne. Autor uważa to szczepienie za korzystne, szczególnie u dzieci potrzebujących ochrony (rachityczne, gruźlicze, atroficzne, niemowlęta), poniżej lat 6, które tak często ulegają powikłaniom odry.

Behrend-Heesch: *Próby badania czynnościowego wątroby „tetrajodphenolphtaleinnatrium".* Badania te wskazują na możność połączenia badania roentgenologicznego z chemicznem badaniem czynnościowem. Możność wykazania jodu we krwi i moczu po wstrzyknięciu barwika pozwala na zużytkowanie tego do oceny czynności wątroby. Normalnie w moczu i krwi znajduje się jod przez 10—20 godzin. Przy schorzeniach wątroby nerka zastępczo obejmuje funkcję wydzielniczą, wydalanie trwa dłużej, jod wykazać można w moczu i krwi nawet po kilku dniach. Próby tej nie można zastosować przy zamknięciu przewodu żółciowego i u osobników chorych z nerkami schorzałemi. Próba ta dokładnie opracowana pozwoli na połączenie badania roentgenologicznego z czynnościowem.

Löwenthal: *Nowe problemy badań doświadczalnych nad stwardnieniem tętnic.* U królika konieczną jest dla wywołania arteriosklerozy, podobnie jak u człowieka, znacznego stopnia hyperlipoidaemja. Przy tak silnej hyperlipoidaemji jaką stwierdza się przy nefrozach lipoidowych znajdywano także u dzieci wybitną arteriosklerozę. Dla wywołania sklerozy cholesterynowej konieczne są pewne warunki, a to kombinacja żywienia cholesteryną z pożywieniem białkowem lub kastracją.

Kondo: *Dalsze badania nad mianowaniem surowic antitoksycznych czerwonkowych na królikach.* Króliki mogą być użyte dla mianowania surowicy czerwonkowej. Konieczną jest jednak rzeczą, przeprowadzenie dośw. na większej ilości zwierząt z powodu osobniczych różnic w wrażliwości. Doświadczenia z myszami są wygodniejsze, tańsze i mniej liczyć się należy z różnicami osobniczemi.

Lippert: *Bismophanol-Riedel.* Bismophanol jest preparatem bizmutowym skutecznie działającym, zapewniającym niebolesność po zastosowaniu. Nadaje się do leczenia ambulatoryjnego.

O. Strauss: *Rak i jego leczenie.* Referat zbiorowy. Powołuje się na statystykę opracowaną przez Janusza.

Grabowski (Lwów).

Nr. 21.

E. Müller: *O odżywianiu dziecka, Cz. II.* W drugiej części swego wykładu omawia M. najważniejsze składniki pożywienia dziecka jako to: mleko, mięso, jaja, pieczywo, jarzyny strączkowe, owoce i jarzyny pod względem ich wartości odżywczej oraz sposób używania ich w odżywianiu. Zaznacza przytem, że wszystkie postępy w dziedzinie odżywiania można uwzględnić — w tych ramach w jakich on to czyni — bez uciekania się do witamin.

F. Kisch: *O rokowaniu w dusznicy bolesnej.* Na podstawie własnej obserwacji ponad 132 przypadków dusznicy bolesnej, dochodzi do następujących wniosków, tyczących rokowania w tem cierpieniu: napady krótkotrwające, występujące tylko przy ruchu, zwłaszcza po posiłku, w czasie których ból promieniuje tylko w lewą połowę ciała, a uczucie grozy (Elendgefühl) ustępuje wraz z bolem, pozwalają naogół na pomyślne rokowanie *quoad vitam* zwłaszcza gdy jest wysokie ustawienie przepony z następstwami tegoż w zakresie serca i tętnicy głównej (poprzeczne położenie serca), a napady ustępują nietylko po nitroglicerynie ale i po podaniu środków usuwających bębnicę. W tych przypadkach natomiast, w których napady trwają długo, gdy uczucie grozy trwa dłużej niż uczucie bólu, a promieniowanie tego ostatniego nie ogranicza się tylko do lewej połowy ciała, kiedy napady występują nietylko przy ruchu, ale także w czasie spoczynku (przy siedzeniu lub leżeniu) — rokowanie jest niepomyślne. Odnosi się to oczywiście i do tych przypadków, w których skutkiem poważnego schorzenia serca, lub tętnicy głównej, napady dusznicy bolesnej uważać należy za pewnego rodzaju objaw końcowy.

N. Ortner: *O przejściu aortalgji w dusznicę bolesną prawdziwą.* Opisuje 50 lat liczącego chorego, u którego obserwował najpierw aortalgję z powodu miażdżycy tętn. gł. — która to aortalgja w 4 lata później przeszła w napady typowej dusznicy bolesnej prawdz. To przejście tłumaczy rozszerzeniem się procesu miażdżycowego tak, że miejsce odejścia przynajmniej jednej tętnicy wieńcowej zostało skutkiem tego tak dalece zwężone, że spowodowało napady niedokrwienia mięśnia sercowego, a przez to napady dusznicy bol. praw. Na podstawie tego przypadku dochodzi do wniosku, że dusznica bol. prawdziwa jest następstwem zwężenia jednej z tętnic wieńcowych.

F. Franke: *Wyleczenie postępującego wrzodu roentgenowskiego na palcu zapomocą antytoksyny błoniczej.* Przypadek dotyczył samego autora. Uporczywy wrzód roentg. średniego palca lewej ręki, który nie reagował na dłuższe leczenie różnemi środkami, ustąpił szybko pod wpływem okładów z rozcieńczonej antytoksyny błoniczej.

O. Nast: *Krótko zebrane wskazania do śródlędźwiowego leczenia lues we wszystkich stadjach.*

F. Dyrenfurth: *Sądowo-lekarskie doświadczenie w klinicznych objawach i anatomicznem rozpoznaniu zatorów powietrznych i wykazanie tychże.* Podaje metodę i przyrząd do ilościowego oznaczania gazów w sercu oraz drugą służącą do jakościowego oznaczenia gazów w sercu (celem wykazania czy wykazany gaz jest powietrzem, czy gazem gnilnym).

B. Efab: *Działanie chlorku na sztucznie wywołane wrzody żołądka.* Na podstawie doświadczeń na psach wykazał, że sztucznie wywołane wrzody żołądka po podawaniu chlorku srebra, wykazywały szybsze i lepsze gojenie w porównaniu z wrzodem u zwierzęcia kontrolnego. Doświadczenia owe zgadzają się do pewnego stopnia z wynikami, jakie otrzymał Saxl u ludzi.

P. Saxl, A. Kelen: *O leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy zawiesiną chlorku srebra (Silberchlorid — Metem).* W ciągu 3-ch ostatnich lat leczyli około 200 przypadków wrzodu bądźto żołądka bądźto dwunastnicy zawiesiną chlorku srebra „Metem". Z tych 200 chorych 95 poddało się później badaniom kontrolnym. Podawali oni „Metem" przez przeciąg czasu do 2 miesięcy długi — po 2—4 ccm 2 procentowej zawiesiny dwa razy dziennie, bez wybitniejszego działania ubocznego (metaliczny posmak, biegunki).

Działanie było szybkie i dobre — a w niemałej liczbie przypadków obserwowali po chlorku srebra-Metem wprost wyleczenie.

J. Kretschmer: *Przyczynek do kliniki i leczenia zaburzeń wewnętrznego wydzielania.* Opisuje przypadek niedomogi wielogruczołowej u 52 letniej kobiety u której najbardziej rzucały się w oczy objawy o charakterze osteomalacji. Po sprecyzowaniu rozpoznania wpłynął leczniczo na cały system wewnętrznego wydzielania przez zadziałanie na tarczycę, wychodząc z założenia, że wobec ścisłego wzajemnego związku wszystkich gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu można na ów łańcuch wpłynąć, działając na jedno jego ogniwo.

H. Lachmann: *Włoski szczeciny w górnym kanaliku łzowym.* Włosy owe dostały się do górnego kanalika łzowego, ze szczotki, którą chora przeczesywała brwi i rzęsy i powodowały do czasu ich usunięcia znaczne dolegliwości.

A. Buschke i W. Jost: *Przyczynek do biologji ropy tryprowej.* Na podstawie szeregu badań dochodzą do wniosku, że rozstrzygnięcie kwestji czynnej roli kom. nabłonkowych w obronie przed gonokokami dziś jeszcze jest niemożliwe — w każdym razie rola ich nie jest bezwzględnie bierna.

H. Walther: *Calcaona w ginekologji i położnictwie.* Zaleca ten preparat jako stypticum i roborans.

T. Motloch: *Używanie tabletek Euphaginy w rhino-laryngologji.* Poleca w wypadkach, w których koniecznem jest miejscowe uśmierzanie bólu zwłaszcza wrzodziejących (kiła, rak, gruźlica).

A. Falkiewicz (Lwów).

Nr. 22.

Bürgi: *O farmakologicznem znaczeniu mieszania leków.* Badania farmakologiczne nad kombinowanem działaniem leków pozwoliły na sformułowanie prawa: Jeśli dwa leki wywołują to samo działanie, wówczas sumują się poszczególne ich efekty przy działaniu na ten sam punkt, a potęgują w przypadkach odmiennego punktu uchwytu. Leczenie kombinowanemi lekami ma swe kliniczne i eksperymentalne uzasadnienie. Duże znaczenie praktyczne i teoretyczne ma, wykazane dostatecznie przez kombinowanie leków, działanie małych bodźców. Gdy podamy dwie dawki tej samej substancji w ilości niedziałającej w krótkim odstępie czasu, to okaże się, iż pierwsza dawka uczula narząd odpowiedni na zadziałanie dawki następnej.

Meyer-Sulger: *Serce przy wolu przed i po operacji.* Badania na materjale obejmującym 125 przypadków wykazały u przeszło połowy (66) powiększenie serca i to powiększenie na obie strony było najczęstszem. U osobników z zwężeniem tchawicy i skombinowanem zwężeniem z hyperthyreoidismus stwierdzano najczęściej powiększenie serca. Obserwacja 64 chorych po operacji wykazała, że powiększenie serca nie ustępuje, a w pewnych przypadkach wzrasta.

Ceelen: *Przyczynek do Endaortitis lenta.* W dwóch przypadkach o typowym klinicznym przebiegu endoc. lenta wykazała obdukcja zmiany pierwotne w tętnicy głównej. Zmiany usadowione były w pobliżu przesmyku tętnicy głównej, a więc w miejscu narażonem na mechaniczne działanie prądu.

Aldor: *O nowym endoskopowym obrazie, właściwym ciężkim formom przewlekle-nawykowego zaparcia.* W przypadkach ciężkiego „zaparcia o typie hypokinetycznym" stwierdzanego badaniem roentgenol. obserwuje się właściwy obraz endoskopowy. Przyrząd wchodzi łatwo do rozszerzonej i wydłużonej ampulli i zgięcia. Przez wydłużenie, rozszerzenie i wygładzenie fałdów błony śluzowej wyrównują się zgięcia jelita. W przypadkach tych chodzi o nienormalne nastawienie układu nerwo-mięśniowego całego jelita grubego (dyskinezję). Leczniczo dobrze działa podskórnie wstrzykiwana hypophysyna, 1—2 cm raz lub dwa razy w tygodniu.

Schlack: *Arachnodaktylia.* Opis przypadku. Autor uważa arachnodaktylię za paralelę mongoloidyzmu.

Foerster: *Przypadek paradoksalnego działania insuliny.* U chorego na cukrzycę, usposobionego do odczynów anafilaktycznych, po 8 dniowem skutecznem leczeniu insuliną nagle wystąpiło działanie przeciwne. Po ustaniu dowozu insuliny wystąpiło z powrotem działanie własnej insuliny. Brak działania insuliny wprowadzonej z zewnątrz utrzymywał się nadal.

Lehr: *Posocznica paradurowa.* Opis rzadkiego przypadku ogólnej posocznicy para-durowej, z typową krzywą gorączkową i dodatnim wynikiem posiewu. Wrotami zakażenia było prawdopodobnie jelito, lecz badanie anatomo-patologiczne żadnych zmian w nich nie wykazało. Na plan pierwszy w przebiegu choroby wybijały się ogólne ciężkie objawy. Badanie anatomiczne stwierdziło powiększoną, miękką śledzionę, z której wyhodowano czysty szczep para-duru B.

Loewenstein: *Nowy sposób osłuchiwania 2 tonu aortalnego.* Autor poleca osłuchiwać II. ton nad tętnicą główną w dołku Zangi, leżącym między obydwoma głowami *musc. sternocleidomastoidei* i obojczykiem po stronie prawej. Ton jest tu dobrze słyszalny i nie przeszkadzają płuca, tłuszcz ani mięśnie. Ton tu słyszalny jest pełniejszy niż w zwykle osłuchiwanych punktach. Szczególną wartość tego sposobu poznaje się przy rozedmie płuc, nazbyt grubej klatce piersiowej i wysięku osierdziowym i t. d.

Noher: *Bezkrwawe leczenie żylaków.* W przypadkach niezbyt silnych żylaków poleca chorym przez tydzień rano i wieczór masować lekko nogi i układać je wysoko. Następnie zakłada opatrunek cynkowy na 3—4 tyg. możliwie rozległy.

Znelzer: *Neohormonal i cholina.* Hormonal i cholina działają pod ażniająco na ruchy jelit. Cholina wywołuje: niedokrwienie jelita, łzawienie, ślinienie, spadek ciśnienia krwi i niepokój. Hormonal daje fizjologiczne przekrwienie jelita, natomiast ciśnienie krwi pozostaje bez zmiany i niema objawów ubocznych. Stąd też neohormonal został powszechnie uznany za najlepszy środek w zwalczaniu ostrych pooperacyjnych porażeń jelit. Działanie hormonalu jest trwalsze niż choliny. Dobre wyniki otrzymywał przy stosowaniu w przewlocznem zaparciu.

Maliwa: *Przyczynek do balneologji dośw. kąpieli siarczanych.* Doświadczenia autora przeprowadzane na myszach wykazują, iż w kąpielach z H_2S wchłania się przez skórę siarka. Udowadniał to w ten sposób, iż wstrzykiwał biały azotan bizmutu pod skórę, a następnie wkładał myszy do roztworu H_2S wykluczając możność inhalowania. Okazało się, iż azotan bizmutu przechodził w czarny siarczek po 30 minut. kąpieli.

Grabowski (Lwów).

———

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

II-gi Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy.

Dokończenie.

Zapobieganie i zwalczanie gruźlicy w Kasach Chorych.

Obradom drugiego dnia Zjazdu przewodniczyli Dr. Górski (Katowice), Prof. Jonscher (Poznań) i prof. Januszkiewicz (Wilno), sekretarzami byli dr. Dorosz (Sanok), dr. Szaykowski (Białystok) i dr. Szczepański (Warszawa).

Tematem obrad było *„Zapobieganie gruźlicy i jej zwalczanie w Kasach Chorych, w ramach ustawy o zabezpieczeniu na wypadek choroby"*.

Dr. Rostek (Katowice) w swoim referacie przedstawia zapobieganie gruźlicy i jej zwalczanie w ramach ustawodawstwa pruskiego, obowiązującego dotychczas na terenie Górnego Śląska. Ustawa ta, a zwłaszcza punkty jej tyczące się zapobiegania i zwalczania gruźlicy zostały na terenie państwa pruskiego znacznie zmienione i rozszerzone, stosownie do nowych wymagań wiedzy, gdy tymczasem na terenie Górnego Śląska obowiązuje nadal ustawa niezmieniona taka, jaka była przed przyłączeniem Górnego Śląska do Polski. Należałoby również i u nas wprowadzić odpowiednie zmiany do ustawodawstwa leczniczego.

Następny referent Dr. Sterling (Łódź) jest zdania, że od Kas Chorych powinniśmy wymagać jedynie spełnienia obowiązków bezpośrednich: leczenia chorych, które skutecznie odbywać się może przedewszystkiem w szpitalach. Prelegent zwraca uwagę na to, że Kasy Chorych powinny leczyć szczególnie starannie choroby nieswoiste płucne dzieci, gdyż te schorzenia często są powodem uczynnienia ognisk gruźliczych; również powinny leczyć wszystkie dzieci z gruźlicą płuc otwartą lub względnie otwartą w szpitalach miejskich lub zamiejskich, ponieważ stanowią one najniebezpieczniejsze źródło zarazków dla towarzyszy zabaw, dla rodzeństwa i dla osób starszych. Zwrócenie szczególniejszej uwagi na dzieci nie zmniejsza obowiązku Kasy Chorych leczenia wszystkich postaci suchot płucnych u dorosłych. Działanie zapobiegawcze przez t. zw. poradnie przeciwgruźlicze obowiązuje państwo, gminy, stowarzyszenia społeczne. Wzorem Łodzi porady powinne być udzielane wszystkim zgłaszającym się i być zupełnie bezpłatne.

Trzeci referent, dr. Seidl, lekarz naczelny Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie, wyraża Komitetowi organizacyjnemu uznanie za przyjęcie do programu obrad Zjazdu tak ważnego problemu jak lecznictwo gruźlicy w przymusowej instytucji ubezpieczeniowo-leczniczej, która rozciąga swą opiekę nad $4^1/_2$ miljonową rzeszą ludności i zatrudnia $^1/_3$ część lekarzy, praktykujących w Polsce.

Referent kreśli trudności finansowe Kas z powodu krytycznej sytuacji w całem Państwie. Opisuje zasadnicze linje organizacji kasowej i przedstawia przeciętny budżet Kasy Chorych, z którego wynika, że Kasa wydaje na świadczenia 70% swoich dochodów (gotówkowe zasiłki do 40%, lekarze i służba sanitarna 20—22%, leki 10—12%), administracja 10—12%, fundusz zapasowy (ustawowo) 10%, opłata związkowa 1%.

Zaledwie kilka procent pozostaje na wydatki nadzwyczajne, inwestycje, konserwację budynków. Trudności Kas spoczywają w tem, że Kasy nie otrzymują 100%, ale zaledwie 67—79% swoich przypisów. Ten brak gotówki hamuje najlepsze zamierzenia Kas.

Podnosi następnie trudności małych Kas prowincjonalnych i niemożności wyjścia ich poza statutowe obowiązki świadczeń tj. lekarza, lekarstwa i zasiłku z powodu niskich zarobków swych członków. Kasy duże mają zaledwie 5—10% minimalnie zarobkujących członków. Poważniejszych świadczeń jak specjalistycznego leczenia, wysyłania do lecznic lub uzdrowisk udzielać mogą dopiero Kasy, liczące od 6.000—15.000 członków. Następnie mówca wykazuje wagę terytorjalności Kas.

Z ankiety rozesłanej do Kas, prelegent dowiedział się, że prawie wszystkie większe Kasy wyrażają zamiary uzupełnienia braków przez utworzenie przychodni, kupno lamp kwarcowych, aparatów Roentgena, miejsc pod budowę sanatorjum, budowę lub zakupno szpitala i t. d.

Kasy w Polsce posiadają obecnie 7 sanatorjów, około 50 aparatów Roentgenowskich, przeszło 100 lamp kwarcowych, tyleż Sollux'ów.

Pięć Kas zamierza budować sanatorja dla chorych gruźliczych, trzy z nich zakupiły już odpowiednie tereny.

Gdyby zaległości wpłynęły do Kas, to wtedy zaroiłoby się według mówcy w Polsce od lecznic-kolonij dla dzieci i t. p. instytucyj dla leczenia gruźlicy. Wszelkie wysiłki w celu stłumienia gruźlicy rozbijają się z powodu braku szpitali dla chorych z gruźlicą zaraźliwą.

Chorzy z rozpadową gruźlicą, nie mogąc wyżyć z 60% zasiłku w środowisku przemysłowem usuwają się na wieś, gdzie są rozsadnikami gruźlicy. Tu — mówi referent — kończą się możliwości Kasy, tu wkroczyć muszą inne czynniki. Następnie podkreśla prelegent, że od ostatniego Zjazdu Przeciwgruźliczego znacznie wzmogła się współpraca Kas chorych z Towarzystwami Walki z gruźlicą.

Kasa chorych może w myśl ustawy dostarczyć „poradni" subwencji, lokalu, lekarza, lekarstw dla swoich członków, a niezdolnemu członkowi 60% zasiłek, albo go na polecenie poradni może wysłać do szpitala czy sanatorjum. Nie może mu natomiast dać zapomogi na wynajęcie lepszego pomieszkania, możności izolowania chorego, lepszego okrycia i odżywiania. Udzielanie tych świadczeń przypadnie Towarzystwom Walki z gruźlicą.

Następnie prelegent stwierdzając, że obecny system prowadzenia statystyki ruchu członków i ruchu chorych w Kasach nie jest dostosowany do potrzeb, jakich wymaga racjonalna ewidencja gruźlicy, przedstawia rezolucję, wzywającą Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wraz z Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia, aby w porozumieniu ze Związkami Kas chorych wypracowało i poleciło Kasom nowy schemat, umożliwiający dokładny wgląd w stan zachorowalności członków na gruźlicę.

Po referatach tych wywiązała się ożywiona *dyskusja*. Pierwszy zabrał głos dr. Kłuszyński (Łódź) sądzi, że ustawa K. ch. winna być utrzymana. Nie zgadza się ze stanowiskiem dra S. Sterlinga, że K. Ch. winna tylko leczyć, a nie zapobiegać, tembardziej, że ustawa wyraźnie nakłada na nią ten obowiązek. Podaje, że łódzka K. Ch. rozumiejąc znaczenie walki z gruźlicą wyłączyła wszystkie dzieci gruźlicze ze swych lecznic i przekazała je przychodniom przeciwgruźliczym. Ostatnio też K. Ch. zakupiła w okolicach Łodzi 240 morgów lasu dla budowy osiedli szpitalnych. Pierwszy pawilon na 120 łóżek zostanie otwarty w lecie przyszłego roku.

Dr. Chraniewicz (Ostróg Wol.) wskazuje na pomyślne wyniki leczenia gruźlicy w niemieckich przychodniach i poliklinikach Kas chorych. Również i u nas powinniśmy połączyć w walce z gruźlicą zadania profilaktyczne z leczniczemi w przychodniach przeciwgruźliczych i Kas chorych i innych towarzystw.

Obecny Zjazd poświęcony jest głównie zapobieganiu i organizacji walki z gruźlicą, jednak na następnym Zjeździe część obrad winna być poświęcona sprawie leczenia gruźlicy.

Następnie zwraca uwagę na konieczność ustawowego zabezpieczenia personalu lekarskiego, pracującego w Oddziałach gruźliczych, ponieważ takowy często zakaża się gruźlicą.

Dr. Pieńkowski (Warszawa) twierdzi, że i w ramach teraźniejszych ustaw i budżetów, K. Ch. oprócz leczenia mogą prowadzić również akcję zapobiegawczą: 1) porady kobietom ciężarnym i uodparnianie noworodków według Calmette'a; 2) kontrolowanie stanu zdrowia niemowląt przed wypłacaniem zasiłków pokarmowych, które nosiłyby charakter premjów za dobre hodowanie dzieci; 3) podczas leczenia dzieci ubezpieczonych w wieku przedszkolnym należałoby uwzględnić szerzej gruźlicę, gdyż ten wiek dzieci jest dotychczas najwięcej pozbawiony opieki.

Dr. Chmielewski (Warszawa) uważa, że najważniejszą rzeczą jest budowa i urządzenie szpitali-sanatorjów, wzgl. oddziałów szpitalnych dla chorych gruźliczych, niebezpiecznych dla otoczenia. Budowa tych szpitali nie może obarczać Kasy chorych, lecz rząd i samorządy, Kasy chorych zaś chętnie będą pokrywać koszty utrzymania takich szpitali.

Dr. Janiszewski (Kraków), b. minister Zdrowia, zgadza się z Dr. Sterlingiem S., że Kasy Chorych powinny przedewszystkiem zorganizować lecznictwo, a dopiero potem zapobieganie. Następnie oceniając ogólną działalność Kas Chorych stwierdza, że póki nie odejmiemy charakteru politycznego ubezpieczeniom społecznym, póty Kasy Chorych nie będą dobrze działały. Odjęcie tego charakteru — to jest sedno rzeczy.

Po wyczerpaniu dyskusji referent dr. Sterling porusza kwestję przychodni, która według niego winna mieć jedynie charakter rozpoznawczy i zapobiegawczy; leczenie należy pozostawić lecznicom i lekarzom prywatnym. Zapobieganie w przychodniach winno być oddzielone od lecznictwa, choćby dlatego, że dla należytego funkcjonowania przychodnia winna mieć przyjaciół lekarzy, tymczasem w razie zajmowania się lecznictwem lekarze praktycy nie będą jej posyłali pacjentów.

W przychodni łódzkiej wyjątkowo stosuje się terapję tuberkuliną jedynie dlatego, że do jej stosowania potrzeba pewnego doświadczenia, a przy jej pomocy otrzymuje się niesłychanie dodatnie wyniki u chorych ocznych. Następnie omawia kwestję tajemnicy lekarskiej przy wydawaniu świadectw.

Drugi referent dr. Seidl odpowiada na zarzut b. min. dra Janiszewskiego, który w swem przemówieniu wyraził życzenie, aby K. Ch. usunąć z pod wpływów politycznych. Ubezpieczenie społeczne jest — wedle referenta — bezsprzecznie dziełem, które powstało dzięki zabiegom P. P. S., która je broni wszelkiemi siłami. Mówca sądzi, że dlatego nie podlega żadnej wątpliwości — wobec ataków z niektórych stron na K. Ch. — że troska o dobrą rozbudowę tego dzieła nakazuje, aby miejsce kierownicze i decydujące o działalności tych instytucyj zajmywali zdecydowani zwolennicy ubezpieczenia. Zastrzega się jak najgoręcej przeciw podejrzeniu, jakoby Kasy w świadczeniach swoich były stronnicze. Lecznictwem i świadczeniami dysponują lekarze, którzy kierują się jedynie wskazaniami choroby i dla których narodowość, wyznanie lub przynależność partyjna są zupełnie obojętne.

Co zaś do stosunku, jaki panuje między zarządami Kas i lekarzami i pozycji, jaka w Kasach zajmują lekarze — o ile nie jest ona zadowalniającą — ponoszą lekarze sami winę z powodu wrogiego odnoszenia się organizacyj lekarskich do ubezpieczenia społecznego. Referent — jako ostatni mówca — nie chce nadużywać swego położenia do polemiki, pozostawiając je na inne forum, zaznacza jedynie, że stosunki znacznie polepszyły się w ostatnich czasach.

Po wyczerpaniu porządku dziennego i odesłaniu wniosków do Komisji posiedzenie zamknięto.

Po skończeniu obrad zwiedzono przychodnię przeciwgruźliczą przy szpitalu żydowskim, a popołudniu uczestnicy Zjazdu zwiedzili I. wystawę przeciwgruźliczą.

Walka z gruźlicą na wsi.

W ostatnim dniu Zjazdu przewodniczył doc. dr. Sterling-Okuniewski, sekretarzowali dr. Gabryszewski (Zakopane), dr. Garbaczewski (Lublin) i dr. Kacprzak (Warszawa).

W III-cim dniu obrad dr. Jan Opieński (Lwów) wygłosił referat p. t.: „Projekty do organizacji walki z gruźlicą na wsi". Referent sądzi, że wobec różnorakich stosunków społecznych, kulturalnych i klimatycznych różnych dzielnic i województw w skład Państwa wchodzących, ustalenie jakiegoś jednolitego projektu organizacyjnego do walki z gruźlicą jest niemożliwe; stwierdza, że sprawozdania ze sposobów walki z gruźlicą na terenie Małopolski na Zjeździe Wojewódzkim Przeciwgruźliczym wskazują, że te sposoby mogłyby być stosowane na razie w tej jedynie dzielnicy. Następnie podaje treściwy obraz całokształtu walki z gruźlicą na wsi i małem miasteczku.

Referent podkreśla przedewszystkiem konieczność propagandy jak najszerzej pojętej, rozpoczynającej się już w szkole, przy pomocy duchowieństwa i organizacyj oświatowych i rolniczych. Propaganda winna dotrzeć i do rodziców drogą ulotek, broszur, wykresów, wędrownych filmów kinematograficznych i uświadomić szerokie warstwy włościańskie o tem, że gruźlica jest chorobą zaraźliwą, że jednak można się jej ustrzec. Propaganda musi pouczyć ludność, że nie wystarczy zniszczyć zarazka gruźlicy u chorego, ale, że trzeba stworzyć warunki odporności na zakażenie u członków rodziny i sąsiadów. Referent podnosi konieczność równoczesnego zwalczania alkoholizmu, które zwłaszcza na wsiach przez przewidzianą w ustawie antyalkoholowej akcję plebiscytową może być ze skutkiem przeprowadzone. W akcji tej udział towarzystw higjeny społecznej i innych organizacyj, zwłaszcza kobiecych jest konieczny. Podkreśla dalej referent potrzebę organizacji ruchomych poradni dla walki z gruźlicą, celem umożliwienia wyszukiwania gniazd gruźliczych w rodzinach i gminach przez wywiadowców względnie pielęgniarki odpowiednio wyszkolone. Wskazuje dalej na potrzebę tworzenia przy szpitalach oddziałów dla gruźliczych i sanatorjów ludowych, względnie przytułków dla bezdomnych gruźlików. — Wreszcie podnosi konieczność stworzenia przez odpowiednią ustawę budowlaną dla wsi potrzebnych niezbędnie domów mieszkalnych, które, jak dotąd w przeważnych połaciach kraju urągają wszelkim przepisom higjeny.

W końcu żąda, aby dla ujęcia całokształtu akcji i czuwania nad realizacją programu były na całym obszarze Rzeczypospolitej powołane do życia koła walki z gruźlicą, posiadające odpowiednią autonomję, gdzieby współpracowały: czynnik państwowej ingerencji wraz z czynnikiem obywatelskiej inicjatywy pod kierunkiem lekarzy powiatowych względnie sejmikowych.

Nad referatem dr. Opieńskiego wywiązała się bardzo ożywiona dyskusja. Pierwszy zabrał głos dr. Mikołajski (Lwów), który podnosi, że celem referatu dr. Opieńskiego było porównanie dotychczasowych prób organizowania walki z gruźlicą na wsi i wskazanie najwłaściwszych dróg, wiodących do ludu wiejskiego.

Na I Wojewódzkim Zjeździe Przeciwgruźliczym we Lwowie w przededniu Zjazdu Ogólnego (10 września) wygłoszono na ten temat 4 referaty lekarzy powiatowych, posługujących się różnemi metodami. I tak: Dr. Chuderski w Samborze w swym referacie zagłębia się w społeczne przyczyny gruźlicy na wsi a walkę z nią

usiłuje zorganizować według systemu Philippsa. Dr. Dorosz organizuje również w samem mieście Sanoku walkę z gruźlicą na sposób Edynburski, ale poza miastem powiatowem chce utworzyć pewne okręgi, w których lekarze gminni i okręgowi tworzyliby Przychodnie, jako ośrodki walki, Dr. Świątkowski powołuje także do współpracy lekarzy gminnych i okręgowych, ale nie pozostawia im czynności wywiadowczych, które w powiecie lwowskim spełnia kolumna dezynfekcyjna Wydziału powiatowego. Wreszcie dr. Jarocki w Sokalu, zwalcza gruźlicę przeważnie przez bezpośrednie zetknięcie się z masami ludowemi na wiecach i zebraniach i szerzenie na tych zgromadzeniach uświadomienia co do istoty gruźlicy i sposobów jej zwalczania.

Mówca jest zdania, że nie można ocenić jeszcze, który z tych sposobów jest najodpowiedniejszym i na razie należy pozostawić lekarzom pod tym względem wolną rękę. Może na następnym Zjeździe Przeciwgruźliczym osiągnie się dostateczne podstawy do wybrania i uogólnienia pewnego planu działania.

Dr. J a r o c k i proponuje bezpośrednie zetknięcie się z ludnością i w tym celu urządza wiece, na które przychodzi po 300 do 400 włościan; w poszczególnych gminach tworzą komitety; inny typ, odmienny, przedstawia powiat lwowski, który posiada ruchomą kolumnę sanitarną przeciwgruźliczą z wywiadowcami-sanitarjuszami; następnie w Samborze istnieje przychodnia przeciwgruźlicza systemu Philipps'a; czwarty typ to dr. Dorosza z Sanoka.

Następnie dr. W ę g r z y n o w s k i (Lwów), podnosi niesłychaną wagę problemu organizacji walki z gruźlicą na wsi. System walki z gruźlicą w miastach wydaje się ustalony, i w przyszłości rozwinie się albo w kierunku typu łódzkiego t. j. organizacji kierowanej przez gminę, albo też typu lwowskiego, warszawskiego i krakowskiego, gdzie akcję tę prowadzą czynniki społeczne przy współudziale wszystkich czynników kompetentnych. System walki z gruźlicą na wsi jest jeszcze zagadnieniem przyszłości, jedynie w Województwie lwowskiem organizacja daje pewne wyniki.

Wydaje się rzeczą pożyteczną organizować Lotne Kolumny Przeciwgruźlicze, na wzór Kolumny T-wa Walki z gruźlicą we Lwowie, składającej się z lekarza, lekarza weterynarji i opiekunki społecznej z podręcznem muzeum przeciwgruźliczem. Kolumna dociera do wszystkich miejscowości, tworząc niesłychanie ważny czynnik uświadamiający. Wbrew twierdzeniom dyr. Mikołajskiego stoi dr. Węgrzynowski na stanowisku, iż tylko kwalifikowane siły pomocnicze, np. opiekunki społeczne z Warszawskiej Szkoły Higjeny przedstawiają realną wartość, natomiast pomoc pól-inteligentnych sanitarjuszy jest bez żadnej realnej wartości.

Dr. J a n i s z e w s k i (Kraków) omawia fatalne warunki mieszkaniowe na wsi. Następnie zwraca uwagę, że należy położyć nacisk na statystykę gruźliczą. Stawia wniosek, ażeby żądać od rządu przeprowadzenia spisu ludności w końcu 1927 r.

Dr. S a w i c k i (Kańczuga) twierdzi, że w walce z gruźlicą uświadomienie ludności wiejskiej, stanowiącej 75% ogółu ludności, a będącej głównym rezerwoarem gruźlicy, stanowi główną broń. Proponuje przedstawić rządowi, aby do walki z gruźlicą, powołał młodych lekarzy, z których wielu chętnie podejmie się tej pracy.

Dr. D o r o s z (Sanok) sądzi, że do walki z gruźlicą potrzeba pieniędzy i dla tego walka ta powinna być jak najtańsza, gdyż ani społeczeństwo zubożałe, ani rząd środków na nią dać nie mogą. Pracę jednak na tem polu trzeba zacząć już dzisiaj i dlatego mówca proponuje pokryć powiaty siecią organizacyj walki z gruźlicą pod postacią stworzenia filji po okręgach powiatu. W okręgowej filji przychodni przeciwgruźliczej pracowałby bezpłatnie lekarz okręgowy lub gminny. We wsi należy oprzeć się na czynniku inteligencji miejscowej t. j. na nauczycielstwie, które należy odpowiednio wyszkolić, aby umiało tę walkę prowadzić i połączyć wieś z okręgową przychodnią przeciwgruźliczą.

Dr. K r a s z e w s k i (Zakopane) popiera myśl wciągnięcia nauczycielstwa do walki z gruźlicą. Tworzenie lecznic-sanatorjów dla dzieci, zarażonych gruźlicą, może powstać wyłącznie przy pomocy sił samego społeczeństwa. Wprowadzenie do opłat szkolnych opłaty dziesięciogroszowej miesięcznie na walkę z gruźlicą wśród dzieci, mogłoby dać dobre rezultaty. W sprawie tej Ministerstwo Oświaty winno wystąpić z inicjatywą, a przynajmniej nie utrudniać tego rodzaju inicjatywy. Akcję tę winny ująć w swe ręce Towarzystwa przeciwgruźlicze przy pomocy związków społecznych i komunalnych.

Dr. G a r b a c z e w s k i (Lublin) sądzi na podstawie wieloletniego doświadczenia, że walkę z gruźlicą na wsi może prowadzić tylko lekarz — społecznik jako fachowiec. Zwraca się do Związku Przeciwgruźliczego z prośbą o wydanie szeregu tablic poglądowych, rysunków i wykresów podobnych, jak wydało Towarzystwo walki z alkoholizmem w Poznaniu.

Dr. S a b a t o w s k i uważa, że przychodnie najniższego typu (małomiasteczkowe) muszą mieć obok lekarza f a c h o w ą p o r a d n i a r k ę dobrze płatną.

Mikroskop jest tylko wtedy w poradniach pożyteczny, jeśli jest pilnie używany, na co trzeba pracownika stałego. Plwocinę można odsyłać do badań laboratoryjnych.

Dr. K a c p r z a k (Warszawa) omawia statystykę.

Dr. K r o k (Przeworsk) sądzi, że propaganda przeciwgruźlicza drukiem nie jest należycie zorganizowana wobec ważności krótkich, możliwie ilustrowanych pouczeń w formie ulotek czy tablicy; wskazanem byłoby ogłoszenie przez Związek Przeciwgruźliczy konkursu na podobną ulotkę, którąby jasnością wykładu i taniością swoją mogła dotrzeć do wszystkich warstw ludności.

Dr. M i k o ł a j s k i (Lwów) zwraca uwagę, że często powtarza się pewne utarte zdania o gruźlicy, które już dawno się przestarzały i dziś nie ostoją się przed krytyką.

Takiem twierdzeniem błędnem jest zdanie, że gruźlica jest chorobą mieszkaniową. Jeżeli się spojrzy na grafikony na wystawie przeciwgruźliczej, dostrzeże się wszędzie po miastach wprost przełomowe obniżenie się śmiertelności z gruźlicy po wojnie, jakkolwiek w tym czasie nędza mieszkaniowa doszła do katastrofalnych rozmiarów.

Okazuje się tedy, że oprócz mieszkania są jeszcze inne czynniki, które wpływają na wzrost lub zmniejszenie się gruźlicy. a mówca twierdzi, że najważniejszą rolę w poprawie stosunków odegrały wielkie reformy społeczne, jak 8-godzinny dzień pracy, kasy chorych itd.

Twierdzenie, że na wsiach gruźlica więcej się szerzy, niż po miastach, wymaga statystycznych dowodów. W Małopolsce uzyskało się w roku bieżącym wgląd w kwartalne zestawienia, statystyki ruchu ludności i na podstawie tych danych mówca odnosi wrażenie, że w wielu powiatach, także na wsiach śmiertelność z gruźlicy znacznie po wojnie zmalała.

Po wyczerpaniu listy mówców i odpowiedzi referenta dra Opieńskiego dyskusję na powyższy temat zamknięto.

Następnie prof. dr. B u j w i d przypomina, że na wszystkich Zjazdach było podnoszone znaczenie higjenicznego urządzenia i budowy domów tanich, dostępnych dla najniższych warstw ludności. Wystawy narodów ościennych, dają nam przykłady, — jak np. obecna wystawa w Düsseldorfie — takiego celowego oświetlenia strony higjenicznej budowy mieszkań, czego u nas brakuje. dlatego stawia wniosek, że zjazd uważa za konieczne przedstawianie na Zjazdach i wystawach modeli (możliwie wielkości naturalnej) domów i mieszkań odpowiednich pod względem higjenicznym, dostępnych nawet dla niezamożnej ludności.

Następnie przystąpiono do uchwalenia wniosków, które jednomyślnie przyjęto.

Po uchwaleniu wniosków i wyczerpaniu programu Zjazdu przewodniczący doc. dr. S t e r l i n g-O k u n i e w s k i zamykając obrady zjazdowe dziękuje imieniem prezydjum i uczestników Zjazdu przewodniczącemu komitetu Zjazdowego dziekanowi prof. Renckiemu, jak również drowi Zabłockiemu i doc. Sabatowskiemu za zorganizowanie Zjazdu, zaś prof. Nowickiemu i drowi Węgrzynowskiemu za urządzenie wystawy.

W imieniu Komitetu Zjazdowego Zjazd zamyka dr. Z a b ł o c k i, przewodniczący Towarzystwa Walki z gruźlicą, dziękując serdecznie wszystkim kolegom za łaskawe przybycie jakoteż kolegom przewodniczącym i sekretarzom poszczególnych obrad, prosi o wybaczenie pewnych usterek w kwaterach, ale tłumaczy to bardzo licznym Zjazdem do Lwowa. Wyraża serdeczne podziękowanie dziekanowi prof. R e n c k i e m u za objęcie przewodnictwa w Komitecie Zjazdowym i prof. N o w i c k i e m u za przewodnictwo w komitecie wystawowym; nakoniec zaznacza, iż Zjazd zarówno pod względem jakościowym jak ilościowym przedstawia się zupełnie zadowalniająco i zarówno wysoki poziom obrad i dyskusji, jako też szereg uchwalonych wniosków świadczą dobitnie o nieustającej pracy w zwalczaniu gruźlicy przez wszystkich kolegów w Polsce.

W godzinach popołudniowych uczestnicy Zjazdu zwiedzili przychodnię przeciwgruźliczą Towarzystwa Walki z gruźlicą, przy ul. Lindego l. 5. skąd automobilami udali się do Hołoska celem zwiedzenia sanatorjum lwowskiego Towarzystwa Walki z gruźlicą.

Wieczorem około 30 uczestników Zjazdu udało się do Krynicy.

Uchwały II-go Ogólno-polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego odbytego we Lwowie dn. 11—13 września 1926.

1. „Wychodząc z założenia, że prawodawstwo przeciwgruźlicze jest najważniejszym etapem na drodze walki państwowej z gruźlicą i stanowi niezbędne i najmocniejsze ogniwo w planowym systemie walki z gruźlicą, jako chorobą społeczną,

II-gi Ogólno-polski Zjazd Przeciwgruźliczy wypowiada się za koniecznością jak najprędszego wprowadzenia w życie ustawy

przeciwgruźliczej w Polsce i uprasza Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia o zwołanie specjalnej komisji celem opracowania ostatecznego projektu ustawy odpowiadającej naszym warunkom".

2. „W projektowanej ustawie przeciwgruźliczej należy uwzględnić i określić przedewszystkiem wzajemny stosunek, wysokość i jakość świadczeń, obowiązki i prawa Towarzystw przeciwgruźliczych, rządu i instytucyj samorządowych i Kas chorych względnie innych instytucyj ubezpieczeniowych, oraz celowo skoordynować i najlepiej wyzyskać działalność poradni, oddziałów szpitalnych i sanatorjów".

3. „II-gi Ogólno-polski Zjazd przeciwgruźliczy ponawia swoją uchwałę powziętą już na I-szym zjeździe odbytym w Krakowie, a także uchwały powzięte na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, odbytym w Warszawie i na ostatnich zjazdach higjenicznym i działaczy samorządowych odbytych w Wilnie w sprawie połączenia wszystkich spraw zdrowotnych w jednym naczelnym urzędzie, mającym te same atrybucje jak i inne naczelne urzędy administracyjne państwowe".

4. „Dla należytej rozbudowy akcji przeciwgruźliczej koniecznem jest odpowiednie przygotowanie przyszłych lekarzy w zakresie higjeny społecznej. W tym celu II-gi Ogólno-polski Zjazd Przeciwgruźliczy uważa za wskazane rozszerzenie wykładów higjeny społecznej na wydziałach lekarskich naszych Wszechnic".

5. „Kasy Chorych w chwili obecnej — przynajmniej w byłym zaborze rosyjskim, są instytucjami młodemi i jako od takich powinniśmy wymagać jedynie spełnienia ich obowiązków bezpośrednich: leczenia chorych.

Należy pamiętać, że walkę zapobiegawczo-leczniczą na wielką skalę podjąć mogą Kasy chorych jedynie w związku z działalnością „ubezpieczeń na wypadek niezdolności do pracy". Pamiętać też należy o tem, że wyniki leczenia w sanatorjach ludowych Niemiec nie usprawiedliwiły pokładanych nadziei w znaczeniu odsetkowym osiągniętych wyników dodatnich, jakkolwiek przyjmowano tam chorych w okresie bardzo wczesnym, a nawet zaledwie podejrzanych o gruźlicę.

Kasa Chorych ma obowiązek leczenia wszystkich postaci suchot płucnych, nie dając przywilejów szczególnych żadnej postaci klinicznej choroby.

Leczenie skuteczne odbywać się może przedewszystkiem w szpitalu. Tak jest zawsze, a szczególnie w czasie niesłychanego przeludnienia mieszkań.

W stosunku do gruźliczych leczenie chorych poza ich domem spełnia jednocześnie obowiązek bezpośredni Kas i przyczynia się pośrednio do usunięcia źródeł zarazków swoistych.

Kasy Chorych powinny:

a) Leczyć szczególnie starannie choroby nieswoiste płucne dzieci; te sprawy są często powodem uczynnienia ognisk gruźliczych.

b) Leczyć wszystkie dzieci z gruźlicą płuc otwartą lub względnie otwartą w szpitalach miejskich lub zamiejskich, ponieważ stanowią one najniebezpieczniejsze źródło zarazków dla towarzyszy zabaw, dla rodzeństwa i dla osób starszych.

c) Leczyć w szpitalach zamiejskich dorosłych chorych na suchoty płuc otwarte lub względnie otwarte — niezależnie od postaci chorobowej; najczęściej będzie to *Phtisis pulm. declarata* i *consumptiva*.

d) Leczyć w sanatorjach i uzdrowiskach wszystkie postaci suchot płuc w okresie postępującym, o ile dają one widoki poprawy, więc *Pht. pulm. incipiens progrediens, pht. pulm. declarata progrediens*.

e) Leczyć *phtisis incipiens stationaris i regrediens, phtisis declarata stationaris i regrediens,* wysyłając chorych na wieś t. j. nie obciążając nimi sanatorjów.

f) Leczyć gruźlicę pozapłucną, szczególnie u dzieci, zapobiegając, w ten sposób kalectwu.

6. „II-gi Ogólno-polski Zjazd Prrzeciwgruźliczy uznaje, że katastrofalny brak łóżek szpitalnych dla chorych gruźliczych w Polsce stanowi jedną z najbardziej palących bolączek organizacji walki z gruźlicą w Polsce. Zjazd uznaje za konieczne wystąpienie z memorjałem do odpowiednich Władz i wzywa wszystkie organizacje przeciwgruźlicze do przeprowadzenia jaknajenergiczniejszej akcji w celu utworzenia w roku bieżącym jak największej liczby łóżek szpitalnych dla gruźliczych".

7. „II-gi Ogólno-polski Zjazd Przeciwgruźliczy uznaje za konieczne udoskonalenie i ujednostajnienie na całym terenie Państwa metod propagandowych, oraz wydatne rozszerzenie tej akcji nie tamując inicjatywy indywidualnej poszczególnych organizacji. Wykonanie tej uchwały poleca Zarządowi Związku Przeciwgruźliczego".

8. „Polski Związek Przeciwgruźliczy wprowadzi odznakę (emblemat) dla walki z gruźlicą, obowiązującą wszystkie Towarzystwa, wchodzące w skład Związku".

9. „II-gi Ogólno-polski Zjazd Przeciwgruźliczy przystąpi do prac nad rozbudową i ujednostajnieniem statystyki chorobowości i śmiertelności z gruźlicy w całem Państwie".

10. „II-gi Ogólno-polski Zjazd Przeciwgruźliczy w dniach 11—13 września 1926 we Lwowie zwraca się do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej i Generalnej Dyrekcji Zdrowia z prośbą, aby w porozumieniu z Państwowym Związkiem i Okręgowymi Związkami Kas Chorych — Ministerstwo zarządziło zmianę w sposobie prowadzenia statystyki — tak ruchu członków jak i ruchu chorych, tak aby statystyka ta uwzględniła wszelkie dane, umożliwiające jasny przegląd ilości wypadków zachorzeń na gruźlicę pod względem płci, wieku, zatrudnień, warunków ekonomicznych i jakości tych zachorzeń podług nasilenia i zajętych narządów — któraby również zawierała wykaz wszelkich świadczeń jakiemi choroba ta budżet Kasy obciąża i wykazy wszelkich środków jakimi Kasy dla zwalczania tejże choroby się posługują".

11. „II-gi Ogólno-polski Zjazd Przeciwgruźliczy zwraca się do Kuratorjów szkolnych z prośbą o jak najintenzywniejsze zachęcenia nauczycielstwa ludowego do walki z gruźlicą; nauczycielstwo to należy wyszkolić na odpowiednich kursach, a następnie zaprząc do pracy w powiatowych organizacjach walki z gruźlicą".

12. „II-gi Ogólno-polski Zjazd Przeciwgruźliczy przyłącza się do uchwały zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w r. 1925, aby najbliższy spis ludności odbył się w końcu r. 1927".

13. „II-gi Ogólno-polski Zjazd Przeciwgruźliczy uznaje za bardzo pożądane stosowanie szczepionki przeciwgruźliczej prof. Calmette'a u wszystkich niemowląt poważnie narażonych na zakażenie gruźlicze trzymając się ściśle przepisów, opracowanych przez Polski Komitet Szczepień Ochronnych. Metodę tę należy stosować jedynie w Zakładach klinicznych i szpitalnych".

14. „II-gi Ogólno-polski Zjazd Przeciwgruźliczy zaznacza, że dla zwalczania gruźlicy w miastach niezbędną jest natychmiastowa budowa małych higjenicznych mieszkań. Zjazd uważa za konieczne przedstawianie na zjazdach i wystawach modeli (możliwie wielkości naturalnej) domów i mieszkań odpowiednich pod względem higjenicznym, dostępnych nawet dla niezamożnej ludności".

15. „II-gi Ogólno-polski Zjazd Przeciwgruźliczy uchwala zwołanie następnego zjazdu w Poznaniu w terminie, który ostatecznie ustali Związek przeciwgruźliczy w porozumieniu z Towarzystwem ku zwalczaniu gruźlicy w Poznaniu nie wcześniejszym jednak, jak za dwa lata".

16. „II-gi Ogólno-polski Zjazd Przeciwgruźliczy zleca Związkowi przeciwgruźliczemu wykonanie uchwał Zjazdu i druk sprawozdania Obrad Zjazdu".

17. „II-gi Ogólno-polski Zjazd Przeciwgruźliczy uchwala ażeby wnioski tyczące się reorganizacji administracji sanitarnej, były przez Komitet Organizacyjny Zjazdu natychmiast wysłane do Władz rządowych, do p. Premjera, p. Ministra spraw wewnętrznych i do p. Ministra sprawiedliwości".

18. „II-gi Ogólno-polski Zjazd Przeciwgruźliczy wyraża podziękowanie i wyrazy uznania Towarzystwu do walki z gruźlicą we Lwowie i Komitetowi organizacyjnemu Zjazdu i Wystawy za wzorowe zorganizowanie i trudy poniesione w celu zwołania i przeprowadzenia obrad Zjazdu przeciwgruźliczego".

Kazimierz Tyszka (Lwów)

Zjazd lekarzy polskich na Górnym Śląsku w Katowicach 23 do 26 września 1926.

Liczba uczestników, dwustu kilkudziesięciu, udział wielu najwybitniejszych przedstawicieli polskiej medycyny ze wszystkich części Państwa wraz z liczbą wysłanych umyślnie na Zjazd delegatów najpoważniejszych instytucyj i korporacyj lekarskich, i treść przemówień powitalnych tak ze strony władz, jak ze strony społeczeństwa górnośląskiego, i przybyłych gości, — świadczyły o wielkiej wadze, jaką do Zjazdu przykładał i Śląsk Górny i ogół polskich lekarzy.

Istotnie, był to pierwszy wogóle naukowy Zjazd polski na Górnym Śląsku, pierwszy wyłom w dotychczasowem odnoszeniu się inteligencji innych dzielnic do starej dzielnicy Piastowskiej. Była to nietylko manifestacja polskiej nauki lekarskiej, ale, jak słusznie w swem przemówieniu podniósł Wojewoda śląski, dr. Grażyński, był to akt uświadomienia ogółu lekarzy polskich o ich obowiązkach względem Górnego Śląska, względem pracującego w niezwykle ciężkich i szkodliwych dla zdrowia warunkach robotnika śląskiego, względem toczących trudną i twardą walkę kolegów lekarzy Górnoślązaków, było to zacieśnienie serdecznych węzłów między Górnym Śląskiem a innemi dzielnicami.

Zjazd właściwy poprzedziło nader ożywione zebranie zapoznawcze w przeddzień wieczorem, znamienne serdeczną gościnnością ze strony kolegów górnośląskich, która aż do końca Zjazdu nie słabła.

Po nabożeństwie w kościele Marjackim otwarł pierwsze uroczyste posiedzenie ogólne prezes Komitetu organizacyjnego, kol. dr. Jarczyk z Katowic, przewodniczący Towarzystwa lekarzy Polaków na Górnym Śląsku, przemówieniem, w którem scharakteryzował jędrnie znaczenie i cele Zjazdu, nazywając go „zdarzeniem historycznem dla Śląska". Prezesem Zjazdu wybrano rektora prof. dr. Antoniego Gluzińskiego z Warszawy, przybyłego na Zjazd wprost z Belgradu ze Zjazdu lekarzy jugosłowiańskich. Do prezydjum wybrani zostali: profesorowie B. Sawicki, W. Orłowski, L. Kryński, prezydent Naczelnej Izby lekarskiej dr. Bączkiewicz i dr. Ciechomski Warszawa, dziekan Rosner, profesorowie Majewski, Ciechanowski, Kostanecki, Piltz (Kraków), prezydent Izby lekarskiej dr. Papée (Lwów), prof. Karwowski i Kowalski (Poznań), prof. Muszyński (Wilno), szef sanitarny D. O. K. V. pułk Korolewicz, senator dr. Steinborn (Toruń), dr. Wrześniowski (Częstochowa) sekretarzami: dr. Hlond i dr. Wilimowski z Katowic. Przewodniczącymi Sekcji medycyny wewnętrznej zostali wybrani profesorowie Orłowski (Warszawa), Korczyński i Gieszczykiewicz (Kraków) sekcji chirurgiczno-ginekologicznej prof. Kryński (Warszawa), Rosner (Kraków), Steinborn (Toruń), wspólnego posiedzenia obu sekcyj (II. posiedzenia ogólnego) prof. Ciechanowski (Kraków), Karwowski (Poznań).

Przemówienia powitalne rozpoczął imieniem prymasa Polski, X. arcyb. Hlonda kanonik dr. Bromboszcz, poczem witali Zjazd wojewoda śląski dr. Grażyński, imieniem Ministerstwa spraw wewnętrznych i Generalnej Dyrekcji Zdrowia publ. Dr. Rostek, dyrektor Wojewódzkiego urzędu zdrowia, imieniem Departamentu sanitarnego Ministerstwa spraw wojskowych pułk. dr. Korolewicz, imieniem Sejmu śląskiego marszałek dr. Wolny, od miasta Katowic dr. Przybyła, od „Spółki brackiej", posiadającej najliczniejsze i największe szpitale na Śląsku, dyrektor jej dr. Czapla, a dalej delegaci: prof. Ciechanowski (Uniwersytetu krakowskiego zarazem od Delegacji stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich i od prasy lekarskiej, prof. Gluziński (imieniem Wydziału lekarskiego lwowskiego), prof. Karwowski (Uniw. poznański), prof. Kryński (uniw. warszawski), prof. Muszyński (Uniw. wileński), prezydent dr. Bączkiewicz (Naczelna Izba lekarska), dr. Papée (Izba lekarska lwowska), dr. Wrześniowski (Izba lek. krakowska i Towarzystwo lek. częstochowskie), prof. Majewski (Tow. lek. krakowskie), dr. Lipiński (Tow. lek. lwowskie), prof. Sawicki (Tow. lek. warszawskie), dr. Brzeziński (Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie), dr. Suchodolski (Tow. lek. Zagłębia Dąbrowskiego). Wreszcie odczytano liczne depesze i pisma powitalne od Towarzystw, które nie mogły wysłać delegatów i od wielu najwybitniejszych lekarzy ze wszystkich stron Państwa.

Na wniosek prezesa prof. Gluzińskiego uchwalił Zjazd wśród burzliwych oklasków wysłać telegram hołdowniczy do P. Prezydenta Rzeczypospolitej.

Właściwym przedmiotem pierwszego posiedzenia ogólnego był mistrzowski wykład prof. Kostaneckiego z Krakowa: „O tak zwanym wyrostku robaczkowym", streszczający wyniki fundamentalnych badań prelegenta, ogłoszonych świeżo przez Polską Akademję Umiejętności.

Pułk. Korolewicz zawiadomił Zjazd o Kongresie międzynarodowym medycyny wojskowej, a prof. Gluziński o Kongresie lekarskim ogólno-słowiańskim, które mają się zebrać w roku przyszłym w Warszawie.

Na obrady w sekcjach przeznaczono popołudnia. W trzech dniach, dzięki staranności prelegentów i mówców w dyskusji o treściwość, wyczerpano zupełnie porządek dzienny Zjazdu, pomimo, że obejmował on przeszło 50 wykładów. Posiedzenia trwały od 3 do 7. Nie tu miejsce streszczać wykłady, zwłaszcza, że jest nadzieja, iż plon Zjazdu będzie wydany drukiem; nadmienić należy, że na Zjazd przygotowano trzy wydawnictwa, które rozdano uczestnikom, a to pracę dr. Hankego o chorobach zawodowych robotników fabryki w Chorzowie, pięknie ilustrowaną, oraz broszury „Spółki brackiej" o jej szpitalach i działalności, i o prowadzonej przez nią walce z gruźlicą. Aby jednak dać wyobrażenie o istotnie obfitym i wartościowym programie, godzi się przytoczyć tematy obrad i nazwiska prelegentów. Były one następujące:

Na wspólnem posiedzeniu obu sekcyj: 1. Dr. Alkiewicz, Poznań: Nowoczesne metody stosowania radu. 2. Doc. Dr. Kostrzewski, Kraków: Patogeneza i leczenie czerwonki. 3. Prof. Dr. Korczyński, Kraków: Wykład z zakresu balneologji. 4. Prof. Dr. Gądzikiewicz i Dr. Jaranowska, Kraków: O pyle kamiennym stosowanym w kopalniach węgla na G. Śląsku w celu zapobiegania wybuchom oraz jego wpływie na zdrowie górników. 5. Dr. Jarczyk, Katowice: Znaczenie społeczno-higjeniczne domów sypialnych dla górników. 6. Dr. Kołoczek, Katowice: Sprawy sanitarne na G. Śląsku w cyfrach. 7. Dr. Sęczyk, Giszowiec: Wykład o ratownictwie w kopalni. 8. Dr. Hanke, Król. Huta; Choroby zawodowe w Państwowej Fabryce azotowej w Chorzowie.

W sekcji medycyny wewnętrznej: 9. Doc. Dr. Semerau-Siemianowski, Warszawa: Nerwice wegetatywne sercowo-naczyniowe na tle zaburzeń wewnątrz wydzielniczych w gruczołach płciowych. 10. Dr. Lipiński, Lwów: Etjologja, patogeneza i klinika płonicy w świetle ostatnich badań. 11. Prof. Dr. Korczyński, Kraków: Uwagi i spostrzeżenia o kiłowych schorzeniach narządów wewnętrznych. 12. Prof. Dr. Gluziński, Warszawa: Ułożenie chorego jako środek leczniczy i rozpoznawczy. 13. Prof. Dr. Gieszczykiewicz, Kraków: O metodyce i znaczeniu badań bakterjologicznych przy wiewiórze. 14. Dr. Węgierko, Warszawa; II, klinika wewn. Uniw.: Teorja i praktyka leczenia cukrzycy. 15. Dr. Grott, Warszawa; I. klinika wewn. Uniw.: Zachowanie się glikemji w stanach gorączkowych. 16. Dr. Górecki, Warszawa; II. klinika wewn. Uniw.: Wentylacja płuc w przebiegu schorzeń sercowych. 17. Dr. Filiński, Warszawa; II. klinika wewn. Uniw.: Racjonalne odżywianie dwunastnicowe. 18. Prof. Dr. Klecki, Uniw. Jagiell. w Krakowie: Fizjopatologja płytek krwi (odczytał dr. Pelczar). 19. Dr. Reicher, Warszawa; II. klinika wewn. Uniw.: O układzie wegetatywnym w przebiegu gruźlicy płuc. 20. Dr. Michalski, Warszawa; I. klinika wewn. Uniw.: Wyniki prób leczenia gruźlicy płuc sanokryzyną i aurosanem. 21. Dr. Zawistowski, Warszawa; I. klinika wewn. Uniw.: Kapilaroskopja w gruźlicy płuc. 22. Dr. Krajewski, Katowice: Leczenie gruźlicy sanokryzyną na podstawie spostrzeżeń własnych. 23. Prof. Dr. Piltz, Kraków: Referat zastrzeżony. 24. Doc. Dr. Morawski, Kraków: Odziedziczalność nieprawidłowości konstytucjonalnych. 25. Doc. Dr. Zieliński, Kraków: Konstytucja psychiczna a osobowość. 26. Prof. Dr. Karwowski, Poznań: Obecny stan nauki o pryszczycy. 27. Dr. Pokrzewiński, Warszawa; I. klinika wewn. Uniw.: Zestawienie porównawcze, Constante Ambard'a i próby phenolsulfenphtaleinowej w chorobach nerek. 28. Dr. Reicher, Warszawa; II. klinika wewn. Uniw.: O wpływie ćwiczeń sportowych na ustrój ludzki. 29. Dr. Dobrowolski, Warszawa: Uchyłki przełyku. 30. Dr. Marzyński, Łódź: Poczynania w dziedzinie walki z rakiem w Łodzi. 31. P. Rosset, Łódź; naczelnik ywdziału statyst. m. Łodzi: Prace statystyczne m. Łodzi, poświęcone sprawie raka.

W sekcji chirurgiczno-ginekologicznej: 32. Doc. Dr. Meissner, Warszawa: O sprawach zapalnych szczęk. 33. Prof. Dr. Sawicki, Warszawa: Syfilityczne zapalenie szczęk. 34. Dr. Parczewski, Poznań: Rozpoznanie i leczenie pourazowych cierpień mózgu i rdzenia. 35. Dr. Grobelski, Poznań: Wiotkie porażenie dziecięce. 36. Dr. Lewenstern, Warszawa: Postępowanie w przypadkach ropnego zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. 37. Dr. Sławiński, Warszawa: Operacyjne leczenie przetok odbytu. 38. Dr. Dega, Poznań: O t. zw. ostitis fibrosa. 39. Dr. Tonnenberg, Warszawa: W sprawie włóknistego zapalenia kości (ostitis fibrosa). 40. Dr. Wrześniowski, Częstochowa: Spostrzeżenia własne o leczeniu propidonem spraw ropnych oparte na blisko 400 przypadkach. 41. Prof. Dr. Rosner, Kraków: W sprawie rozpoznania i leczenia niepowściągliwych wymiotów u ciężarnych (hyperemesis gravidarum). 42. Dr. Szancenbach, Kraków; klinika ginek. Uniw.: Spostrzeżenia kliniczne nad ciśnieniem krwi u ciężarnych, rodzących i położnic. 43. Doc. Dr. Szymonowicz, Kraków: O wczesnem rozpoznaniu okresu przedrzucawkowego. (Stadjum praeeclampticum). 44. Prof. Dr. Kowalski, Poznań: Wskazania do skrobania macicy. 45. Dr. Żurawski, Poznań: Podstawy rozpoznania i leczenia zakażeń połogowych. 46. Dr. Keller, Kraków; klinika ginek. Uniw.: W sprawie wczesnego rozpoznania gruźlicy narządów płciowych kobiecych. 47. Dr. Stempowski, Kraków; klinika ginek. Uniw.: Sposób przeprowadzenia III. okresu porodowego a ilość krwi straconej. 48. Dr. Stoekl, Poznań: Postępowanie przy nieprawidłowem odklejeniu się łożyska i przy niedowładzie macicy. 49. Dr. Szancenbach, Kraków; klinika ginek. Uniw.: Praktyczne doświadczenia z metodą Rubina. 50. Dr. Gawroński, Kraków; klinika ginek. Uniw.: Zarośnięcie macicy po wyskrobaniu a ocena sądowa. 51. Dr. Schwarzbart, Kraków: Rozwój laryngoskopii bezpośredniej w rzucie historycznym. 52. Dr. Schwarzbart, Kraków: Direktoskopja według Hasslingera w klinice i praktyce.

Na końcowem posiedzeniu ogólnem wygłosił dr. Rostek, dyrektor wojewódzkiego urzędu zdrowia z Katowic, referat o konieczności rychłego wydania farmakopei polskiej, a Zjazd uchwalił odpowiednią rezolucję. Wniosek dr. Hankego o rychłe utworzenie Izby lekarskiej śląskiej przekazano Towarzystwu lekarskiemu polskiemu i Związkowi gospodarczemu lekarzy Polaków na Górnym Śląsku, które sprawę rozpatrzą i w stosownym czasie podejmą odpowiednie kroki. Zaszczyt zamknięcia Zjazdu okrzykiem na cześć Rzeczypospolitej przypadł podpisanemu w zastępstwie prof. Gluzińskiego, którego obowiązki odwołały tuż przed końcem Zjazdu do Warszawy.

Z okazji Zjazdu urządzona była wystawa polskich przetworów farmaceutycznych i wyrabianych w kraju narzędzi i sprzętów lekarskich.

Ważną, integralną wprost częścią Zjazdu, a nie tylko jego urozmaiceniem, było zwiedzenie kopalni węgla w Katowicach i Król. Hucie, największej huty i walcowni żelaza w Król. Hucie, Państwowej fabryki azotowej w Chorzowie, kolonij robotniczych w Giszowcu i Janowie, lecznic brackich, z których lecznica katowicka jest postawiona i wyposażona na poziomie klinicznym, w niejednym względzie na równi lub lepiej niż państwowe kliniki uniwersyteckie. Na to zwiedzenie poświęcono poranki i jeden wieczór. Zwiedzanie to, dając uczestnikom Zjazdu sposobność głębszego wniknięcia w warunki pracy i życia robotnika śląskiego, w stosunki opieki społecznej i lecznictwa, pozwoliło przekonać się naocznie, że nasze Zagłębie przemysłowe przedstawia pod względem higieniczno-społecznym i leczniczym teren zupełnie odrębny, nasuwający medycynie polskiej szereg swoistych problemów, które ona własnemi siłami musi rozwiązywać. W miarę bowiem postępów technologji mechanicznej i chemicznej ulegają wprawdzie złagodzeniu niektóre wpływy szkodliwe ośrodków przemysłowych na zdrowie pracowników, ale z drugiej strony nowe metody produkcji przemysłowej stwarzają nowe niebezpieczeństwa i przynoszą robotnikom nowe szkody na zdrowiu. Jest zadaniem polskiej lekarskiej nauki tym szkodom i niebezpieczeństwom zapobiegać i powstałe usuwać, a dla skutecznej w tym zakresie działalności konieczna jest ścisła współpraca lekarzy, pracujących na miejscu, na terenie przemysłowym, z ogniskami wiedzy, w pierwszym rzędzie z Wydziałami lekarskiemi polskich Uniwersytetów.

Jest zasługą kolegów górnośląskich, że to doniosłe zadanie uwydatnili przez trafną konstrukcję programu Zjazdu, włączając doń wspomniane wycieczki i przez szereg wykładów na Zjeździe, opartych na ich własnych badaniach i spostrzeżeniach.

Dwa wieczory pozostałe uprzyjemniono uczestnikom Zjazdu świetnym rautem, wydanym przez Radę miasta Katowic, na którym gościnność i serdeczność gospodarzy nie miała wprost granic, oraz przedstawieniu teatralnem. Paniami, które towarzyszyły uczestnikom Zjazdu, opiekował się gorąco Komitet Pań pod przewodnictwem p. drowej Jarczykowej, dając sposobność bardzo miłego i pożytecznego spędzenia czasu w Katowicach i okolicy.

Organizację Zjazdu można śmiało nazwać doskonałą. Była przygotowana i obmyślona w najdrobniejszych szczegółach z charakterystyczną górnośląską akuratnością, a mimo szczupłej jeszcze stosunkowo liczby kolegów Polaków na Śląsku, mimo większego, niż gdzieindziej, związania obowiązkami codziennemi, mimo wreszcie niespodzianych trudności, powstających z winy uczestników, — zdołał Komitet organizacyjny pokonać wszystkie nieoczekiwane przeszkody i powikłania. Toteż uczestnicy Zjazdu z największą wdzięcznością żegnali kolegów górnośląskich, którzy z dr. Jarczykiem na czele, przy współpracy przedewszystkiem dr. Nowaka, dr. Suchodolskiego, dr. Rostka i niestrudzonego sekretarza dr. Mireckiego i jego zastępcy zdołali doprowadzić do skutku przedsięwzięcie trudne, a ze wszech miar pożyteczne.

Można bowiem śmiało stwierdzić, że Zjazd powiódł się zupełnie, spełnił swoje zadanie, a pod niejednym względem przewyższył oczekiwania.

Ciechanowski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, 6 października 1926 o 8-mej wiecz. posiedzenie naukowe. Na porządku dziennym: Dr. Kaulbersz: „O wpływie zmęczenia na gospodarkę wody i stężenie jonów wodorowych we krwi — w górach i na nizinie".

Lekarskie kursa szczegółowe, które miały się odbyć w jesieni r. b. staraniem Wydziału lekarskiego w Krakowie, zostają odwołane. Doc. Dr. T. Rogalski, m. p. Prof. Dr. St. Ciechanowski, m. p.

Lwów.

„Poczuwam się do miłego obowiązku złożenia publicznego podziękowania Dyrekcji zakładów chemicznych E. Merck w Darmstadt za nadesłanie dla Instytutu farmakologji doświadczalnej Uniwersytetu J. K. we Lwowie cennego daru w postaci zbioru alkaloidów oraz specyfików wyrabianych przez zakłady E. Merck'a.

Prof. W. Koskowski, Kierownik Instytutu farmakologji dośw. U. J K. we Lwowie.

Poznań.

„Wychowanie Fizyczne" kwartalnik, poświęcony higjenie szkolnej kształceniu cielesnemu w domu, szkole, armji i stowarzyszeniach, red. nacz. Prof. Uniwers. Piasecki, Poznań 3, Chełmońskiego 20. Opuścił prasę Nr. 4 rocznika VII, który zawiera m. i. artykuły. Dra T. Drabiczyka o rozwoju fizycznem abiturjentów gimnazjalnych, prof. Padlewskiego o epidemji szkarlatyny, kapt. Jungrawa o wych. fiz. i sporcie w Finlandji, por. Ciepielowskiego o pięcioleciu Centr. Szk. Gimn. i Sport. w Poznaniu, kapt. Barana o sporcie polskim, dalej oceny nowych książek polskich i obcych, stereszczenia, sprawozdania z towarzystw, instytucyj i zjazdów, z ruchu ćwiczebnego, ustawy, rozporządzenia i przepisy, notatki bibliojgraficzne, na mównicy, kronika.

Ze świata.

Organizacja kursów lekarskiego wydziału we Wiedniu. Medyczny fakultet we Wiedniu otwiera, celem umożliwienia dyplomowanym lekarzom dalszego kształcenia się i uzupełnienia fachowej wiedzy, jak i dla wykształcenia się w specjalnym dziale, od lat trwające kursy w języku niemieckim we wszystkich działach medycyny. Te kursy zebrane są w niedawno urzędowo ogłoszonym programie za rok szkolny 1926/27, (październik 1926 — wrzesień 1927) przez biuro kursów wiedeńskiego medycznego wydziału, które to programy bezpłatnie są do nabycia (Wien VIII., Schlösselgasse 22). Ustnych informacyj udziela się również bezpłatnie, pisemne zaś za dołączeniem znaczka pocztowego, tak jak i informacji w sprawie mieszkania i wiktu. Następnie odbędą się 4 razy w roku, w lutym, czerwcu, wrześniu, i listopadzie międzynarodowe kursy dokształcające, dwutygodniowe, omawiające postępy danego wydziału. Programy tych kursów są do nabycia Wien IX., Porzellangasse 22 (Obermedizinalrat Dr. Kronfeld) oraz w Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät, Wien VIII., Schlösselgasse 22. Obydwa te biura przyjmują zgłoszenia.

Ukazało się *sprawozdanie z czynności Domu Zdrowia w Bystrej za r. 1925.* Znajdujemy w niem szczegółowy opis Zakładu. Zakład składa się z trzech budynków przeznaczonych dla chorych — z tych dwa są na dokończeniu (każden przeznaczony na 60 chorych) i jednego gotowego obejmującego 29 pokoi a mogącego pomieścić 100—120 chorych. Budynek ten w 1925 r. został wyposażony w nowe sprzęty, pościel i bieliznę. Budynki stoją w parku zakładowym wynoszącym 32 morgi. Zakład posiada oświetlenie elektryczne, system kanalizacyjny biologiczny według Dietlera. Wody do Zakładu dostarczają własne urządzenia filtrowe. Zakład urządzony wzorowo według ostatnich wymagań, posiada pracownię bakterjologiczno-chemiczną, oddział wodoleczniczy i oddział lecznictwa fizykalnego. Zamówione są urządzenia oddziału roentgenologicznego dla celów rozpoznawczych i leczniczych. Zakład przyjmuje ozdrowieńców, chorych na serce, nerki, żołądek, jelita, wątrobę, choroby płuc, nie wyłączając gruźlicy. Przeznaczony jest przedewszystkiem dla członków Kas chorych lub im podobnych instytucji, inne zaś osoby przyjmuje tylko w miarę wolnego miejsca. Opłata dzienna od osoby wynosi zł. 6.50. Pensjonarjusze otrzymują pięć posiłków dziennie, a prócz tego ½ l. mleka po wieczerzy. Wartość posiłków wynosi 4000—4500 ciepłostek. Chorych zaczęto przyjmować 8. VI. u. r. a do końca grudnia tegoż roku liczono 245. Ogólna ilość dni leczenia wynosiła 6266. W sprawozdaniu znajdujemy kilka tablic statystycznych i liczne ilustracje okolicy i wnętrza Zakładu. Wydanie sprawozdania jest wykwintne. Zakład w Bystrej jest własnością Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie.

Redakcja otrzymała:

C. H. Roger - Ferd. Widal et P. J. Teissier: Nouveau traité de médecine. Fassicul XIX. „Pathologie du cerveau et du cervelet. 1007 str.

Dr. Maurice Nicloux: L'oxyde de carbone et l'intoxication oxycarbonique. Etude chimico-biologique.

Dr. E. Bruner i Dr. M. Hołubiecka: „O epilacji promieniami Roentgena w świetle postępów radjologji". Odbitka z „Przeglądu dermatologicznego" Nr. 3. — 1926 r.

Dr. St. Kopczyński: „Higjena szkolna i wychowanie fizyczne na zachodzie. Odbitka z „Medycyny doświadczalnej i społecznej". Tom VI, zeszyt 1—2 z r. 1926.

Congrès français de médecin XVIII session (Nancy), 16—19 Juillet 1925.).

Maurice Vernet: La sensibilisation anaphylactique. Asthme et coryzas spasmodiques. (Pathogénie et traitement), jako Nr. 17. wydawnictwa: Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales. Paris 1926.